

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2007/2

- ¿Cuál es el futuro de la deontología médica? -
- La experimentación en pacientes en coma:
problemáticas éticas y jurídicas
- Por una bioética sin adjetivos. La bioética
en el contexto de la crisis moderno-ilustrada
- Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón
para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac

*Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma*

MEDICINA Y ÉTICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: chamill@anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución:
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 150 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793] Porte pagado.
 Publicación periódica.
 Registro 0390793.
 Características 210451118.
 Autorizado por SEPOMEX.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes índices: *The Philosopher's index* y en *Latindex*.
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*, and in *Latindex*.

2

VOLUMEN XVIII NÚMERO 2 ABRIL-JUNIO DEL 2007

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy Porter

Director: Dr. Cristian Nazer Astorga

Coordinadores Editoriales: Dr. José E. Gómez Álvarez y Dra. Martha Tarasco Michel

Traductor y corrector: Lic. Eduardo Monterrubio Santa María

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana). Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac)



Facultad de Bioética

Huixquilucan, Edo. de México, a 16 de Junio de 2007.

Estimado Suscriptor de la Revista Medicina y Ética:

En el primer número de la Revista del presente año, se publicó un artículo titulado "Bioética y Biojurídica", en el que aparecen como autores del mismo el Dr. César Gutiérrez Samperio y la Dra. María Dolores Vila-Coro.

Queremos hacer constar que el autor único del artículo es el Dr. Gutiérrez Samperio, y que por un error, la Dra. Vila Coro aparece como coautora.

Agradecemos de antemano su comprensión.

ATENTAMENTE

Dr. Óscar J. Martínez González
Director
Facultad de Bioética

Dr. José E. Gómez Álvarez
Coordinador Editorial
Revista Medicina y Ética

ÍNDICE

EDITORIAL	103
¿Cuál es el futuro de la deontología médica? <i>Mario Oppes</i>	109
La experimentación en pacientes en coma: problemáticas éticas y jurídicas <i>Adelaida Conti, Paola Delbon</i>	119
Por una bioética sin adjetivos. La bioética en el contexto de la crisis moderno-ilustrada <i>Rodrigo Guerra López</i>	133
Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios <i>J. M. Madrazo, G. Castellanos, M. T. Huerta , M. Tarasco, J. Marco</i>	151
Reseña bibliográfica <i>Rafael García Pavón</i>	165

EDITORIAL

Los Comités de Bioética se están multiplicando como hongos. Esto es un signo que habla de la crisis que existe actualmente en la medicina. Parece que el ethos profesional de los médicos no está cumpliendo ya con la función de garantizar la práctica de los principios éticos en el ejercicio de la profesión médica.

R. Spaemann

El anterior pensamiento de este filósofo alemán nos ayuda a resumir, en pocas palabras, lo que está sucediendo entre los profesionistas de la salud en todo el mundo. Los Comités de Bioética en los Hospitales (CBH) han venido a ocupar el lugar en la toma de decisiones éticas, que tradicionalmente se situaba dentro de cada relación médico-paciente.

Los CBH se han convertido en esas “oficinas de permisos” de las que emana aquella “sabiduría”, que los mismos médicos y profesionistas de la salud no han sido capaces de ofrecer para sus pacientes. Y es que los médicos, preocupados por prepararse en los aspectos científicos y técnicos de su profesión, han dejado a un lado su formación y la reflexión sobre los principios éticos de su actuar, y le han dejado este tipo de decisiones a los CBH. Los médicos, con todo lo anterior, están aceptando “tácitamente” que ellos no son ya responsables de las decisiones éticas en la práctica de su profesión. Es aquí en donde podemos hablar, al igual que Spaemann, de que nos encontramos ante una crisis en el campo de la atención de la salud.

Podemos decir que la bioética ha surgido y se ha consolidado en la mayor parte de los países del mundo como respuesta a todo lo anterior; sin embargo, el desarrollo que ha tenido esta interdisciplina en los últimos años, se debe también a que las preguntas éticas que han surgido con los avances de la ciencia y de la técnica en el campo de las ciencias de la salud, son cada día más difíciles de contestar.

¿Cuál será el futuro de la bioética? Considero que se trata de una pregunta difícil de contestar. Lo que sí es posible predecir, es que si no se lleva la reflexión ética a las Escuelas de Medicina y a las demás escuelas de las ciencias de la salud, la crisis de la que habla Spaemann nos estará presentando tal cantidad de problemas, que ni los mismos CBH podrán ayudar a resolver los dilemas que se presenten en los hospitales.

Dr. Óscar J. Martínez G.
Director
Facultad de Bioética

Criterios para los colaboradores de “*Medicina y Ética*”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).
9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. “título del artículo”, *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

ROMANO, Lucio. “Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia”, *Medicina y ética*, XIII, 1, (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: jegomez@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.

¿Cuál es el futuro de la deontología médica?

Mario Oppes*

Resumen

La deontología parece ser siempre más extraña a la cultura del médico de hoy. Diversos autores ponen en discusión su relevancia y validez en el determinar la conducta profesional del médico. En estas condiciones es necesario dudar incluso, después de casi 2500 años de su nacimiento, de su misma supervivencia.

Gran parte de las dudas nacen seguramente de la incapacidad de captar su verdadero significado, y esta tesis queda demostrada por el hecho que las definiciones utilizadas son demasiado genéricas y aproximativas. A través de la profundización de su significado se llega a distinguir la deontología de otras disciplinas como la ética y el derecho, llegando a demostrar que no sólo no existen superposiciones, sino que las tres disciplinas se mueven sobre planos diversos. Si se admite la unicidad de la deontología respecto de otras disciplinas y es más fácil reconocerle un papel todavía más relevante. Más aún, se puede argumentar eficazmente cuánto la deontología pueda resultar hoy indispensable para manejar la relación médico-

* Docente de Bioética (Curso de formación específica en medicina general). Responsable U.O. Observación breve y terapia sub-intensiva, Hospital "S.S. Annunziata", Sassari (E-mail: m.oppes@tiscali.it).

paciente. A tal propósito es seguramente iluminante la tesis de Francesco D'Agostino el cual, criticando las actitudes que llevan a la deslegitimación de la deontología, identifica, en su capacidad de gestionar eficazmente la asimetría de la relación médico paciente, la característica fundamental. El derecho es, por el contrario, incapaz de manejar una relacionalidad asimétrica porque por su naturaleza está concebido para ocuparse de relaciones entre iguales. Por lo tanto, la defensa de la deontología no debe ser vista sólo como la defensa de la autonomía profesional del médico, sino sería indirectamente interpretada como la defensa del sistema jurídico y, más en general, del sistema social.

Son infundadas, por lo tanto, las preocupaciones que llevan a considerar la deontología como una disciplina declinante, sino que parece necesario un esfuerzo de parte de los organismos representativos de la profesión para restituir el papel que amerita como instrumento de gestión del ejercicio de la medicina.

Summary

Which is the future of medical deontology?

Medical deontology seems always to be more extraneous to the culture of the physician today. Various Authors debate it's importance and validity in determining the doctor's professional conduct. In these conditions and after almost 2500 years from it's birth, it is even fair to have doubts about the same survival of the discipline.

Most of the doubts rise from the incapacity to gather the true meaning of medical deontology: this proposition is shown by the fact that the utilized definitions are too generic and approximate. Trough the widening of the meaning of deontology, we reach to distinguish it from other disciplines, like ethics and law. So, we can demonstrate that overlaps do not exist, but also that the three disciplines move on different levels. If we admit the uniqueness of deontology as regards of other discipli-

nes, it is easier to recognize it a still noticing role. Moreover, we can argue effectively as much deontology can turn out an indispensable role to manage the physician-patient relationship. On this subject F. D'Agostino's argumentation is certainly illuminating. In fact, criticizing the attitudes that lead to a practical delegitimization of deontology, D'Agostino identifies that it's capacity to manage effectively the asymmetry of the doctor-patient medical relationship is it's fundamental characteristic. Instead, the law is unsuited to manage an asymmetrical relationship, because by nature it is conceived to be responsible for relationships between equals. Therefore, the defense of deontology must not be seen as only as the defense of the doctors' professional autonomy, but it would be indirectly interpreted as the defense of the juridical system, and more in general, of the social system.

Finally; the worries about the decline of deontology are groundless, but it is necessary an effort by medical colleges to return her the role which deserves as tool of management of the exercise of medicine.

Palabras clave: deontología, códigos deontológicos, derecho.

Key words: deontology, ethics codes, law.

Introducción

La impresión que se tiene de que la deontología médica esté sufriendo un proceso de siempre mayor marginación en la cultura de los médicos encuentra cada día confirmaciones, en modo de llegar a dudar de su misma sobrevivencia. Ante esto, cobra legitimidad preguntarse si podemos imaginar un futuro para tal disciplina, y en caso de contestar afirmativamente, ¿cuál futuro sería?

El *Diccionario de Bioética* de E. Lecaldano, en la voz dedicada a la deontología médica, luëgo de definirla como “conjunto de deberes

que competen al médico en el ejercicio de su profesión”,¹ manifiesta un cierto fastidio en el deberle reconocer alguna relevancia en el ejercicio de la medicina. Expresando una sensación de sospecha, subraya la discutibilidad del hecho que “los deberes del médico deban ser enteramente derivados de un código creado por una asociación profesional” y alberga dudas no sólo sobre la eficacia de las normas deontológicas, sino sobre su alcance y validez. El mismo autor —dejando traslucir un fuerte escepticismo en relación con la deontología— afirma en otro texto²: “no parecen existir razones morales válidas para considerar un deber profesional, como prioritario, respecto de todos los otros deberes que se tienen en cuanto ser humano”. Sostiene además: “no parece evidente la validez de la conclusión que los deberes de la propia profesión deban prevalecer cuando entren en conflicto con otros deberes más generales”. Y todavía, en un ulterior intento de limitar la importancia de la deontología en el determinar la conducta del médico, añade: “Las reglas de cualquier código deontológico no pueden ser transformadas en deberes morales, sino que se consideran sugerencias prudenciales e hipotéticas”.

Análogamente, U. Scarpelli estigmatiza la supuesta pretensión de la deontología de prevalecer sobre el derecho: “aparece verdaderamente inconciente y banalizante la cláusula, por la cual el médico se empeña en observar las normas jurídicas, con tal que no estén en contraste con los fines de la profesión”. Y concluye: “¿Qué cosa podría temer un paciente, de parte del médico, sino que se sienta autorizado, incluso vinculado por el juramento, a violar el derecho anteponiéndole la propia interpretación de la tarea médica?”³.

¿Qué lugar podrá tener entonces la deontología en la determinación de los comportamientos del médico, si por un lado está obligada a inclinarse ante la moral, y por otro debe aceptar la superioridad de la ley? ¿Tiene todavía sentido hablar de deontología médica como importante instrumento de orientación del actuar profesional del médico? ¿La deontología ha acaso agotado su función?

Para entender si existe un futuro para la deontología médica es necesario reflexionar sobre su significado, sobre sus relaciones con la ética y el derecho y sobre su real capacidad de orientar la conducta del médico en nuestra época, muy diversa de aquella que la vio nacer.

La inferrabilidad del significado de deontología

Muchas de las dificultades que encontramos al establecer cuál deba ser el papel de la deontología, nacen de la falta de una definición fuerte y compartida del término mismo de *deontología*. Frecuentemente se escapa su verdadero significado y, en este sentido, son escasas las contribuciones proporcionadas por los diversos diccionarios que por el contrario, añaden quizá más confusión. El *Diccionario Devoto Oli*, por ejemplo, define la deontología como “el conjunto de reglas morales que disciplinan el ejercicio de una determinada profesión”.⁴ También el Diccionario de Bioética de D. Tettamanzi, reuniendo las dos definiciones precedentemente citadas, se limita a definir la deontología como “la reflexión sobre los deberes y las exigencias éticas, ligadas al ejercicio de la profesión médica”.⁵ La limitación de estas definiciones consiste en la incapacidad de recoger las finalidades que la deontología debería proponerse y, por tanto, de indicar el papel que pretende atribuirse.

Una significativa contribución a la comprensión del problema nos viene de S. Spinsanti el cual, en primer lugar, aclara quién debe proveer la formulación de las reglas deontológicas: “no es una autoridad moral quien prescribe los comportamientos. Las normas deontológicas son establecidas por los profesionistas mismos, sobre la base de aquello que favorece la profesión y aquello que la daña”.⁶ Y posteriormente establece los límites entre deontología y moral, determinando los diferentes planos en los cuales, respectivamente, se mueven las dos disciplinas: “la preocupación de la deontología no es la calidad moral de la acción, sino su corrección, teniendo presente sobretodo el punto de vista de la relación entre la profesión y la sociedad”. Por tanto, subraya Spinsanti, la deontología “no es un conjunto de preceptos elaborados por deducción a partir de los principios de una ética general o de un determinado sistema moral, y aplicado posteriormente a una profesión específica... Se trata más bien, de un conjunto de reglas tradicionales que indican cómo comportarse en cuanto miembros de un cuerpo social determinado; y el sentido de tales reglas, y de proveer a la convivencia o utilidad de tal cuerpo social, para que pueda conseguir mejor el fin que se propone”.⁷

De este modo emerge aquello que podría ser considerado el elemento fundamental que define el significado más propio de la deontología, la referencia a las finalidades de la profesión. Sobre este concepto insiste también F. D'Agostino, el cual introduce otro elemento, la relación entre deontología y el papel social del médico. Para él, la deontología "compromete al médico no por su conciencia, sino por su papel social y relacional".⁸ Es precisamente, en la verificación de la relación médico paciente, que D'Agostino identifica el verdadero papel de la deontología. La asimetría de tal relación requiere, de hecho, una verificación extrínseca, garantizada por reglas formales, que el médico debe respetar, precisamente porque son extrínsecas y formales y, por tanto, verificables en primer lugar por el paciente.

En este punto es necesario responder a una pregunta: ¿por qué todo aquello que esperamos de la deontología, no lo podemos, con mayor ventaja, obtener de la ética y del derecho?

Dentología y ética

Ya nos hemos detenido sobre algunas de las diferencias que distinguen la deontología y la ética. Aún aceptando el hecho de que la moral profesional no podría encontrar justificación de no ser en relación con la moral general, de la cual obtiene su inspiración, podemos concordar con D. Gracia⁹ cuando afirma que la moral profesional tiene un carácter extraordinario, gracias al cual se concede al profesionalista de hacer u omitir cosas prohibidas por la moral general. Esto explicaría por qué la moral profesional deba ser adquirida a través de un compromiso o contrato y deba mantener las distancias respecto a la moral general. El compromiso que el profesionalista asume no es otro que la aceptación de las reglas deontológicas, como hacían los médicos hipocráticos suscribiendo el juramento.

Hay aún quien sostiene que la llegada de la bioética haya puesto en discusión el sentido mismo de la deontología. Una sobreposición de las dos disciplinas llevaría a considerar inútil a aquella con competencias menos extensas, y la deontología saldría perdiendo en este razonamiento.

M.L. Di Pietro y M. Pennacchini, aún admitiendo la existencia de conexiones entre deontología y bioética (que pueden reconocerse en los intereses comunes en la reflexión sobre las normas morales), reconocen un papel diferente en las dos disciplinas. De hecho, mientras “la bioética considera los comportamientos interiores, las vivencias, las interiorizaciones del sujeto agente, la deontología se limita a registrar las repercusiones interpersonales del actuar humano y a pedir el respeto de las reglas de corrección”.¹⁰

El pluralismo ético que caracteriza el momento histórico que atravesamos, es la razón que lleva a algunos autores a llamar en causa la deontología. “Nunca como ahora, en la atormentada y contradictoria época que estamos viviendo –afirma el jurista F. D. Busnelli– ha existido tanta necesidad de la deontología. Se podría decir que la presente es la estación de los códigos deontológicos. La necesidad de deontología y de códigos deontológicos crece paralelamente con la progresiva disminución de una ética unánimemente compartida”.¹¹

Sin embargo, el movimiento cultural promovido por la reflexión bioética, termina por reforzar, más que debilitar, la deontología. Es la tesis sostenida por M. Barni, quien atribuye a los códigos de deontología médica el significado de “instrumentos disciplinarios, en vez de formales, íntimamente permeados por las valencias éticas y por las sugerencias culturales, producidas incesantemente tanto por el derecho cuanto por la bioética”.¹²

Deontología y derecho

Incluso respecto al derecho, la deontología corre el riesgo de presentarse como disciplina débil, y si decidiésemos llevarla al mismo plano, no podríamos evitar reconocerle una posición de subordinación respecto del derecho. La inevitable sumisión de la deontología respecto al derecho se basaría sobre la necesidad de considerar prevalentes las normas de ley, democráticamente aprobadas y teóricamente orientadas a satisfacer los intereses de toda la colectividad, respecto a normas profesionales, expresión exclusiva de los órganos representativos de una categoría. De tal subordinación son concientes los com-

piladores de los diversos códigos deontológicos italianos que, en general, han evitado introducir normas que contrasten con las leyes del Estado. Un ejemplo elocuente consiste en la normatividad sobre el aborto, prohibido por el Código deontológico italiano, hasta que la ley no ha despenalizado la interrupción voluntaria del embarazo.

Respecto del derecho, es necesario subrayar las diferencias que hacen de la deontología una disciplina diferente. El mismo J. Bentham, en su *Deontology or the Science of Morality* (1834), definía la deontología como “la parte de nuestras acciones a la cual el derecho positivo, deja el campo libre”, evidenciando el diferente plano de competencia, pero dejando a la deontología un espacio residual.

La asimilación de la deontología al derecho, terminaría –observa D’Agostino¹³– por determinar una especie de desafección que conduciría a su deslegitimación práctica; el “reduccionismo deontológico” que se derivaría es, a su juicio, injustificado y particularmente peligroso. De hecho, la asimétrica de la relación entre médico y paciente no puede encontrar en sí misma el propio baricentro y tiene necesidad de enraizarse en una fuerte dimensión deontológica.

Por lo tanto, concluye D’Agostino, la deontología no puede ser sustituida por el derecho, por el simple hecho que este último no sería capaz de gestionar una relación médico-paciente. Por tanto, en esta perspectiva, “defender la autonomía de la deontología médica significa no sólo defender la autonomía de la profesión médica, sino indirectamente, defender el sistema jurídico y, más en general, el sistema social”.

Una medicina, apartada de su dimensión deontológica, terminaría por subordinarse a la lógica del poder. Por lo tanto, llega a afirmar D’Agostino, la presencia de la deontología “garantiza la medicina en su identidad epistemológica”. Así, la deontología no puede ser considerada como una dimensión accesorio de la medicina, sino un elemento que la caracteriza constitutivamente.

También en la visión de S. Spinsanti, la deontología es imaginada como “cuestión fundante que aparece antes de cualquier legalidad y permanece aún después que la profesión ha sido reglamentada en la sociedad”.¹⁴

Conclusiones

Las autorizadas posiciones antes mencionadas nos llevan a considerar que ni la moral ni el derecho tienen la capacidad de sustituir la deontología en el papel que a ella le compete en el dirigir la conducta profesional del médico. Es posible, por tanto, reconocerle hoy en día, un papel esencial. Esta es la condición fundamental que nos permite imaginar un futuro para esta disciplina. Pero haber acertado la existencia de los presupuestos para su supervivencia no basta para imaginar cuál podrá ser su futuro.

Ciertamente, las grandes convulsiones que han modificado radicalmente el escenario profesional médico, en primer lugar la superación (quizá con algo de arrepentimiento) del paternalismo, han acelerado el debate sobre el papel que la deontología debe desempeñar hoy.

El destino de esta disciplina está ligado a la capacidad que los organismos profesionales tengan de demostrar en la elección de las finalidades profesionales y en la valoración crítica de las exigencias manifestadas por la sociedad. En otras palabras, su rol será tanto más relevante cuanto mayor sea la capacidad de definir, con recíproca satisfacción, las relaciones entre medicina y sociedad. Un pacto que no puede evitar considerar la milenaria tradición de la profesión, sino que debe mirar con apertura los cambios que se realizan. El gran poder que la medicina ha adquirido con la revolución tecnológica requiere, por ejemplo, un gran esfuerzo de autolimitación que puede encontrar realización en la formulación de las reglas deontológicas. Este pacto entre medicina y sociedad no debe necesariamente limitarse a la dimensión nacional. Se podría llegar a hipotetizar una superación de los códigos nacionales en los casos en los cuales es posible reconocer una base cultural común en diversos países. Este es el caso de Europa, donde la existencia de raíces culturales comunes podría facilitar el camino hacia un código deontológico europeo que tendría la ventaja de permitir una más fácil superación de las tentaciones corporativas que aún hoy caracterizan en parte los códigos deontológicos.

Una sintética y eficaz conclusión nos es dada por M. Bari cuando escribe: “la deontología permanece como legítima fuente y garantía para el médico de su identidad, definiendo su responsabilidad, esculpiendo su dignidad, custodiando su autonomía”.¹⁵

La deontología, por tanto, no sólo no está muerta, sino podría gozar de una mejor salud si los organismos profesionales, que tienen la responsabilidad de dirigir el ejercicio de la medicina, creyeran en sus potencialidades y supiesen utilizarla correctamente como instrumento de gobierno en la profesión misma.

Referencias bibliográficas

- ¹ Lecaldano E., *Dizionario di Bioetica*, Bari: Laterza, 2002: 78.
- ² Id, *Bioetica, Le suelte morali*, Bari: Laterza, 1999: 72.
- ³ SCARPELLI U., *Bioetica laica*, Milano: Baldini e Castoldi, 1998: 186.
- ⁴ DEVOTO G., OLI G.C., *Dizionario della Lingua Italiana*, Firenze: Le Monnier, 1990: 544.
- ⁵ Tettamanzi D., *Dizionario di Bioetica*, Casale Monferrato: Piemme, 2002: 149.
- ⁶ SPINSANTI S., *Etica bio-medica*, Cinisello Balsamo: Paoline, 1988:12.
- ⁷ *Ibid.*, p. 10.
- ⁸ D'AGOSTINO F., *Bioetica*, Torino: Giappichelli, 1998: 65.
- ⁹ GRACIA D., *Fondamenti di Bioetica*, Cinisello Balsamo: San Paolo, 1993:77.
- ¹⁰ DI PIETRO M.L., PENNACCHINI M., *La comparsa della bioetica nei Codici di Deontologia medica italiani*, *Medicina e Morale* 2002, 1:29.
- ¹¹ BUSNELLI F.D. *Prefazione*, in FINESCHI V. (a cura di), *Il codice di deontologia medica*, Milano: Giuffrè, 1996, IX.
- ¹² Barni M., *Diritti-Doveri. Responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto*, Milano: Giuffrè, 1999: 7.
- ¹³ D'AGOSTINO, *Bioetica...*, p. 60.
- ¹⁴ SPINSANTI, *Etica bio-medica...*, p. 12.
- ¹⁵ BARI, *Diritti-doveri...*, p. 15.

La experimentación en pacientes en coma: problemáticas éticas y jurídicas

Adelaida Conti, Paola Delbon***

Resumen

La inclusión de un sujeto en un estudio experimental está, por norma, subordinada al consentimiento libre e informado del mismo sujeto. Problemáticas de orden ético y jurídico bastante complejas emergen cuando el sujeto a ser incluido en la investigación es incapaz de prestar tal consentimiento, como en el caso de la persona en estado de inconsciencia. La inclusión de tal sujeto en la investigación está, por las normas y los documentos nacionales e internacionales (art.54 del Código Penal, Convención para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano en relación a la aplicaciones de la biología y de la medicina, GCP recibidas con Decreto Ministerial del 15 de julio de 1997; Declaración de Helsinki, Guías Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica que implica Sujetos Humanos), subordinada a la subsistencia de una situación de emergencia, o a la presentación del consentimiento por parte del representante legalmente reconocido. Se trata por tanto, de verificar, con el fin de la individualización de un espacio de practicabilidad de la investigación en tales hipótesis, fuera de las situaciones de emergencia y representación legal,

* Investigadora, ** Candidata al doctorado en investigación por el Centro de Estudios y de Investigación en Bioética, Catedrática de Medicina Legal, Universidad de los Estudios de Brescia (E-mail: bioetica@med.ibs.it)

la posibilidad de ulteriores "criterios de admisibilidad": la introducción de indicaciones anticipadas y/o la previsión de un "substituto en la decisión", y la reversibilidad del estado de coma, o bien la posibilidad de recuperación y/o mejoramiento, como condición legítima de la experimentación en cuanto práctica dirigida a recuperar el estado de consciencia del sujeto. Toda reflexión acerca de la inclusión de un paciente en estado de coma en un protocolo experimental debe en definitiva, fundarse sobre la consideración de la prioridad del interés del paciente mismo respecto al interés de la ciencia y de la sociedad. Más aún si se refiere a sujetos incapaces de ejercitar un libre consentimiento respecto a un acto de disposición del propio cuerpo, y por tanto, necesitados de una mayor tutela.

Summary

Medical research involving unconscious patients: ethical and legal problems

The inclusion of a person in a clinical trial, as a rule, needs his/her free and informed consent. Complex ethical and legal questions emerge when the person to include in a clinical trial is incapable of giving legal consent, i. e. when he/she is unconscious. According to national and international rules and documents (art. 54 c.p.; Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine; GcP - D.M. 15 luglio 1997; Declaration of Helsinki (WMA) International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving Human Subjects (CIOMS) including such a person in a clinical trial can be justified in emergency or with the consent of patient's legal representative. We have to verify, in order to pick out a scope for medical research in these hypotheses, apart from emergency and legal representation, the possibility of other "admissibility standards": advance directives and/or substituted decision-

maker, and the reversibility of a coma, i. e. the possibility for the patient to heal or be better as a condition for the conduct of clinical trial as an operation intended to recover patient's consciousness. All considerations about inclusion of unconscious persons in clinical trials have to be founded in the consideration that the interest of the patient always prevail over those of science and society, much more if the patient is unable to exercise his/her consent to dispose of his/her body, and then in need of special protection.

Palabras clave: consentimiento, experimentación, coma.

Key words: consent, clinical trials, coma.

Los documentos nacionales e internacionales en materia de experimentación, contienen normas específicas sobre la disciplina de la investigación biomédica realizada sobre sujetos incapaces. Normas cuya observancia es condición de validez para el estudio clínico mismo, como actividad a desarrollarse, respetando la dignidad de la persona que ha de ser objeto de la investigación.

Los menores, los pacientes dementes y los sujetos que se encuentran en estado de inconsciencia, constituyen categorías particulares de sujetos experimentales, precisamente por su incapacidad de expresar un válido consentimiento informado sobre la experimentación; respectivamente, a causa de la menor edad, del compromiso de sus funciones cognitivas y del estado de inconsciencia en el cual se encuentran, respecto de la esencialidad de la manifestación de la voluntad del sujeto experimental, al considerar su eventual inclusión en la investigación. En referencia particular a la última categoría indicada, es posible observar cómo la discusión sobre la practicabilidad de la experimentación sobre tales sujetos, haga surgir cuestiones de orden ético y jurídico bastante complejas.

La problemática relativa a tal forma de experimentación es evidentemente generada por la imposibilidad de obtener el consentimiento

informado sobre la experimentación por parte del sujeto que ha de ser incluido en ella, y por la necesidad de establecer instrumentos que permitan a tales sujetos superar la “diversidad” respecto de aquellos que, estando en condición de comprender las informaciones recibidas y de expresar la propia voluntad, tienen la capacidad de prestar o negar el consentimiento informado a tratamientos médicos propuestos, en el entendido que tales instrumentos sean aplicables en campo extremadamente delicado y sean fuente de riesgos, como es aquel de la experimentación.

La individualización de instrumentos o instituciones que permitan al sujeto incapaz expresarse respecto del consentimiento informado, reduciría la “diversidad” de tales sujetos en relación a la practicabilidad de intervenciones médicas sobre sus personas, en la aplicación del principio de igualdad efectiva, sancionado por el artículo 3 de la Constitución [italiana], según el cual “todos los ciudadanos tienen igual dignidad social y son iguales ante la ley...” y “es tarea de la República quitar los obstáculos de orden económico y social que, limitando de hecho la libertad y la igualdad de los ciudadanos, impiden el pleno desarrollo de la persona humana...”.

El consentimiento informado constituye el presupuesto fundamental e imprescindible de toda intervención sobre el cuerpo humano, además del instrumento de tutela de los derechos fundamentales de la persona en el campo bioético y, en particular referencia a la experimentación, representa la expresión de “una relación de comunicación en la cual el sujeto se adhiere a un conjunto de fines (los generales de la investigación, y los específicos del protocolo) que el investigador propone como dignos de consideración y de tal importancia como para justificar los riesgos y los inconvenientes previstos.”¹

El artículo 5 (Regla general) de la *Convención sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina*, aprobada en Oviedo el 19 de noviembre de 1996 (es por eso conocida como *Convención de Oviedo*) por el comité de Ministros del Consejo de Europa, y ratificada recientemente por Italia con Ley del 28 de marzo de 2001, n. 145, afirma la libre voluntad del paciente como regla general para la realización de toda intervención médica. Tal norma prevé que “una intervención en campo de la salud, no puede ser efectuada sino después que la persona interesada haya dado su consentimiento libre e informado”, y que el

paciente haya “recibido sobre todo, una información adecuada sobre el objetivo y la naturaleza de la intervención y sobre sus consecuencias y sus riesgos”.

También el *Código de Deontología Médica* (1998), de la Federación Nacional de las Órdenes de los Médicos-Cirujanos y Odontólogos (FNOMCeO) establece, a este respecto, en el art. 46 (Investigación biomédica y experimentación sobre el hombre), que la investigación biomédica y la experimentación sobre el hombre “están subordinadas al consentimiento del sujeto en experimento, que debe ser expresado por escrito, libre y conscientemente, después de una específica información sobre los objetivos, sus métodos, sus beneficios previstos, sin omitir sus riesgos potenciales, y sobre el derecho del sujeto mismo de retirarse, en cualquier momento, de la experimentación”.

El módulo del consentimiento, entregado a todo sujeto enrolado en la experimentación, debe incluir una adecuada información en función a la prestación de un consentimiento libre y consciente, expresión del derecho de autodeterminación del sujeto. La información proporcionada al sujeto a ser incluido en el estudio experimental, debe referirse a los objetivos de la investigación, los beneficios esperados para el sujeto, los riesgos, los inconvenientes y las incomodidades, etcétera.

El consentimiento a la participación en una actividad de investigación finalizada a la realización de un mejoramiento en las capacidades de atención médica, implicando o no un beneficio directo para el sujeto incluido en la experimentación misma, debe necesariamente ser prestado por un sujeto capaz de comprender las informaciones relativas a las intervenciones a realizarse sobre su persona, y de expresar un consentimiento válido a las mismas.

El tema de la experimentación conducida en sujetos en estado de inconsciencia, propone una problemática compleja, a la luz de la incapacidad total de tales sujetos de dar un consentimiento informado a una intervención sobre su propia persona y de la particular situación clínica en la que se encuentran. Se trata de verificar, con el fin de encontrar un espacio de practicabilidad de la investigación, la inserción de tales pacientes en la hipótesis del estado de necesidad o la posibilidad de una experimentación en ellos, incluso fuera de esta particular situación de dar legitimidad a la investigación.

El grupo de trabajo sobre Nutrición e Hidratación en los sujetos en estado irreversible de pérdida de conciencia, instituido por Decreto Ministerial del 20 de octubre de 2000, establece –además de la debida representación legal, de la cual se espera una más detallada reglamentación en materia de las tareas del representante mismo– otro instrumento útil para la reconstrucción de la disposición de la voluntad del paciente en orden a eventuales tratamientos médicos sobre su persona, o bien el recurso a las indicaciones previas, del mismo, expresadas en estado de capacidad, en conformidad al art. 9 (Deseos precedentemente expresados) de la citada *Convención sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina*. Tal norma prevé que “los deseos precedentemente expresados a propósito de una intervención médica, por parte de un paciente que, al momento de la intervención no tiene capacidad de expresar su voluntad, serán tenidos en consideración”. Incluso el *Código de Deontología Médica*, en el art. 34 (Autonomía del ciudadano), afirma que “el médico, si el paciente no está en capacidad de expresar su propia voluntad en caso de un grave peligro de la vida, no puede no tener en consideración cuanto ha sido manifestado precedentemente por el mismo paciente”.

Recurrir a las indicaciones previas como instrumento para la reconstrucción de la voluntad del paciente, ha sido prevista también en una propuesta de ley presentada por la Comisión de Bioética en 1998² que establece al respecto: “toda persona capaz, tiene el derecho de expresar su propio consentimiento o rechazo en relación a los tratamientos de salud que puedan ser previstos para el futuro”.

La introducción de las indicaciones previas permitiría, según algunos autores³ la actuación del principio de autodeterminación del sujeto, incluso en caso que el mismo pierda la capacidad de comprender las informaciones y de asumir y manifestar sus propias decisiones. Se trataría, por tanto, de un instrumento “que permita a la persona, mientras se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, de dar disposiciones para la eventualidad y por el tiempo en el cual tales facultades fuesen gravemente disminuidas y ausentes”.

En la propuesta de ley presentada por la Comisión de Bioética, está prevista incluso, la posibilidad de atribuir a una persona de confianza poderes de garantía –integración– sustitución de la voluntad del paciente, en el momento en el cual eventualmente no tenga la ca-

pacidad de manifestarla. El art. 3 establece que “toda persona capaz puede designar una persona de confianza, la cual, en el caso que sobrevenga un estado de incapacidad natural, valorado como irreversible según la consciencia científica, se convierte en titular, a su vez, de los derechos y de las facultades de los cuales los artículos 1 y 2 (“Derecho a la información” – “Requisito del consentimiento”), de los cuales puede eventualmente dar indicaciones o disposiciones vinculantes sobre los tratamientos de salud a los cuales podrá ser sometida”.

Si la previsión de un sustituto de confianza para la decisión, que ejercite derechos y facultades relativas al ejercicio del derecho al consentimiento informado, puede resultar útil, sobre todo, a la luz del hecho que le paciente difícilmente puede prever todas las circunstancias que se verificarán en relación al propio estadio de salud, y disponer con precisión al respecto. Tal figura es extraña en nuestro orden jurídico y difícilmente conciliable con la “experiencia italiana, en su maduración actual, respecto del reconocimiento de la autodeterminación individual en campo médico”.⁴

En nuestro orden jurídico, las decisiones inherentes al estado de salud están reservadas, en línea de principio, al individuo interesado, en cuanto expresión del principio de autodeterminación y de autonomía: el consentimiento informado, por tanto, con la excepción prevista para los menores de edad y para los minusválidos, debe ser obtenido directamente del paciente, no teniendo ninguna validez el consentimiento expresado por otros sujetos en sustitución del interesado.

Tal principio encuentra oposición también en la jurisprudencia. La Corte de Apelaciones de Florencia⁵ ha afirmado que el consentimiento informado “siendo un derecho personalísimo, no puede corresponder más que al derecho habiente, o sea al enfermo, salvo en casos de representación legal taxativamente establecidos (menores y minusválidos), no pudiendo ser válidamente sustituido por el de los parientes”. Contrariamente a la tendencia de las decisiones sustitutivas, la jurisprudencia ha subrayado el concepto de salud como derecho personalísimo no delegable.

Una reciente sentencia de la Suprema Corte, pronunciada en referencia a la calificación del comportamiento de un médico que había efectuado una intervención diversa a aquella autorizada por el paciente (no justificada por razones de urgencia terapéutica)⁶, ha “redimen-

sionado” la relevancia del consentimiento del paciente como elemento excluyente de la ilegalidad de la conducta del médico, subrayando la necesidad de distinguir el perfil del consentimiento y el problema del elemento subjetivo de la especie criminal.

En tal sentencia, la Suprema Corte manifiesta la preocupación por una excesiva enfatización de la relevancia del consentimiento como elemento “cuyas finalidades son en realidad diversas respecto a aquella de legitimar intervenciones lesivas de la integridad del paciente, y cuya relevancia no tiene un ámbito de aplicación generalizado donde se tengan en cuenta límites impuestos por la ley [...] a los actos de disposición del propio cuerpo [...] y de las hipótesis, previstas por la ley, de tratamientos hospitalarios obligatorios, como en los casos de tratamientos en personas no conscientes [...] o sin capacidad de expresar el consentimiento”.

Excepciones, legalmente previstas, al principio del consentimiento están constituidas por la figura del estado de necesidad (art. 54 Código Penal) y por la debida representación legal.

El art. 6, Protección de las personas que no tienen la capacidad de dar el consentimiento, de la *Convención de Oviedo* establece, en materia general de consentimiento al tratamiento médico, que cuando un menor o un mayor de edad, por causa de una invalidez mental o de una enfermedad, “no tiene la capacidad de dar el consentimiento a una intervención, ésta no puede ser efectuada sin la autorización de su representante, de la autoridad o de la persona o tutor designado por la ley”. Y el art. 17 (Tutela de las personas que no tienen la capacidad de dar su consentimiento a una investigación), en materia de experimentación, confirma la necesidad de la autorización específica y escrita por el representante legal, reconocido por el sujeto a ser incluido en la experimentación.

El art. 46 del *Código de Deontología Médica* establece que “en el caso de sujetos menores o incapaces, es admitida la experimentación sólo por finalidades preventivas y terapéuticas a favor de los mismos sujetos; el consentimiento debe ser expresado por los representantes legales”.

El mismo principio está contenido en la *Declaración de Helsinki* sobre los principios éticos de la investigación médica que implique sujetos humanos, de la Asociación Médica Mundial (AMM). En la úl-

tima versión aprobada por la AMM en Edimburgo, en octubre de 2000, prevé, entre los principios básicos de la investigación médica, que “para un sujeto de investigación que sea legal, física o mentalmente incapaz de dar el consentimiento, o para un menor legalmente incapaz, el investigador debe obtener el consentimiento informado del tutor legal, de acuerdo con la legislación específica”.

También en las *Guías Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica que Implica Sujetos Humanos*, aprobadas en 2002 en Ginebra por el Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), queda establecido, en materia de “Consentimiento informado e individual”, que “para toda la investigación biomédica que implica sujetos humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto de experimentación o, en el caso de un individuo incapaz de dar el consentimiento informado, la autorización de su representante legalmente reconocido en conformidad con la ley vigente” (líneas-guía n. 4, en: www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm).

Por lo demás, la referencia a la voluntad dispositiva del sujeto como criterio exclusivo para efectuar intervenciones sobre su persona (con la excepción, contemplada por nuestro orden jurídico, de la correcta representación legal) emerge también de la nueva disciplina para los trasplantes de órganos introducida con la Ley del 1º de abril de 1999, n. 91 al establecer “Disposiciones en materia de extracciones y de trasplantes de órganos y de tejidos”.

El art. 4 de la presente ley establece que “... los ciudadanos están obligados a declarar la propia libre voluntad en orden a la donación de órganos y de tejidos del propio cuerpo sucesivamente a la muerte, y se les debe informar que la omisión de la declaración de su voluntad, es considerada como aceptación de la donación...”.

En esta materia exclusivamente, la ley atribuye poder de decisión al potencial donador con la previsión de una norma transitoria. Ésta representa un momento intermedio entre la precedente disciplina, y que reconocía funciones de decisión a los cónyuges del potencial donador y la nueva disciplina, a ser aplicada en espera que sea instituido con decreto ministerial el sistema informativo de los trasplantes, en el ámbito del Sistema de Salud Nacional, para realizar una unión tele-

mática entre los potenciales donadores y aquellos que están en espera de trasplantes.

El art. 23 atribuye un poder de oposición escrita a la extracción de órganos del cónyuge no separado, al conviviente *more uxorio* o, en ausencia, a los hijos mayores de edad o, incluso, en ausencia de estos últimos, a los padres o al representante legal, aunque sea en función de la reconstrucción de la efectiva voluntad del potencial donador. Cuando resulte incontrovertible que el sujeto haya expresado su voluntad favorable a la donación, los parientes no tienen ningún derecho de oposición (Circular del Ministerio de Salud n. 12, del 30 de agosto de 2000).

Por otro lado, el reconocimiento de un exclusivo poder de decisión del paciente sobre su propio cuerpo, para el tiempo después de la muerte, resultaría incompatible con la atribución a terceros de un poder de decisión para efectuar tratamientos experimentales con fines puramente cognoscitivos sobre sujetos en estado de coma y, por tanto, en estado de incapacidad de formación y manifestación de la propia voluntad, individuos vivientes aún en presencia de una gravísima invalidez, y para los cuales valen aún más, los principios de integridad e inviolabilidad de la persona.

Como excepción al consentimiento informado directamente prestado por el paciente interesado, está la configuración del estado de necesidad, como situación que legitima la intervención del médico en el art. 54 del Código Penal. La subsistencia de la situación excusante hace que “frente al paciente traumatizado inconsciente, se tomen decisiones para actos médicos extraordinarios –que por tanto requerirían un consentimiento específico– por parte de médicos con los cuales el paciente no ha establecido ninguna relación de confianza previa, frecuentemente en ausencia de familiares o incluso de representantes ‘legalmente aceptables’ ”.⁷

El art. 4.8.15 de las *Líneas guía para la buena práctica clínica*, recibidas con Decreto Ministerial del 15 de julio de 1997 (Recepción de las líneas guía de la Unión europea de buena práctica clínica para la ejecución de experimentaciones clínicas de las medicinas), admite la experimentación en situaciones de emergencia en ausencia de consentimiento, afirmando que “cuando no sea posible obtener el previo consentimiento del sujeto, y no esté disponible su representante legal-

mente reconocido, la inclusión del sujeto debe requerir las medidas descritas en el protocolo y/o en otros documentos, con la aprobación/ parecer favorable, documentado por el IRB/IEC, para tutelar los derechos, la seguridad y el bienestar del sujeto y para asegurar la conformidad a las disposiciones normativas aplicables”.

Según algunos autores, la problemática de la experimentación sobre un sujeto inconsciente sin representante legalmente “aceptable”, lleva a la consideración de las condiciones que legitiman el tratamiento médico sin el consentimiento en condiciones de emergencia: la intervención debe ser justificada en el mayor beneficio de la salvaguarda de la vida, integridad y salud del paciente, debe ser imposterizable, y debe subsistir la razonable presunción de que el paciente y sus representantes, si fuesen adecuadamente informados, darían su consentimiento a la intervención. Se debe subrayar por añadidura, que “además de los procedimientos indicados por la *Good Clinical Practice* (GCP), es recomendable señalar este hecho en una publicación hospitalaria, especificando las causas de la imposibilidad de obtener el consentimiento...”⁸

Por tanto, dichos autores consideran que cuando el sujeto no esté en capacidad de recibir informaciones y de manifestar la propia voluntad, el comité ético (llamado a verificar la conformidad del protocolo experimental, a los principios éticos y deontológicos que regulan la materia) y el investigador, están obligados a obrar en el respeto de las condiciones que legitiman las intervenciones médicas extraordinarias de emergencia, “que prevén como condición irrenunciable el presumible beneficio del sujeto mismo”: resulta por tanto excluida la practicabilidad de estudios no terapéuticos.

Un parámetro que debería orientar la conducta del investigador sería, según otros autores,⁹ el juicio de irreversibilidad o no del estado de coma.

Los pacientes no conscientes podrían ser distinguidos en dos “categorías”. según subsista una posibilidad de recuperación del estado de la consciencia, o bien que, como en el caso de pacientes que presentan lesiones extensas o casi completas de la corteza cerebral, no exista ninguna esperanza de salir del coma.

Desde esta perspectiva, la posibilidad de la recuperación o de un mejoramiento de las condiciones del paciente haría admisible la prac-

ticabilidad de la experimentación en cuanto a la actividad dirigida a recuperar el estado de consciencia del sujeto. En tal hipótesis, sería admisible la experimentación terapéutica, aún fuera de la subsistencia de los extremos del estado de necesidad, que permita intervenir incluso en ausencia del consentimiento del representante legalmente autorizado a asumir decisiones en lugar del paciente, dado que está precisamente dirigida a procurar un beneficio directo a la salud del sujeto en cuestión.

La impracticabilidad de la experimentación sobre un sujeto en condiciones de coma irreversible, derivaría por el contrario, de la imposibilidad de obtener el consentimiento de este último a su inclusión en una investigación privada de finalidad terapéutica para él mismo, aún si tales pacientes podrían representar sujetos experimentales ideales, presentando, con la excepción de la corteza cerebral, un funcionamiento biológico normal.

Toda discusión acerca de la admisibilidad de la experimentación sobre sujetos en estado de coma, debería presuponer la posibilidad de aceptar, en modo inequívoco, la situación de irreversibilidad del estado de inconsciencia y la influencia de la terapia sobre la condición del coma potencialmente reversible.

Admitir la practicabilidad de la experimentación en pacientes en estado de inconsciencia y, por tanto, totalmente incapaces de percibir informaciones y asumir decisiones en relación al propio estado de salud, sólo con finalidad terapéutica, o bien en virtud de la posibilidad de una recuperación del estado de consciencia de los sujetos incluidos, llevaría a excluir la practicabilidad de cualquier experimentación sobre sujetos que se encuentren en una condición de coma irreversible, no pudiendo ésta significar ninguna utilidad para los sujetos implicados.

Con Decreto Legislativo del 24 de junio de 2003, n.211, se ha dado actuación a la directiva 2001/20/CE en relación a la aplicación de la GPC en la ejecución de las experimentaciones clínicas de medicinas para uso clínico. El art. 5 de tal decreto (“Experimentación clínica sobre adultos incapaces de dar válidamente su propio consentimiento informado”) establece que “la participación en una experimentación clínica de los adultos incapaces que no han dado o no han negado su consentimiento informado antes de que surgiese la incapa-

cidad, es posible sólo con la condición que haya sido obtenido el consentimiento informado por el representante legal” y que en tal caso “el consentimiento debe representar la presunta voluntad del sujeto”. El mismo artículo subordina la admisibilidad de la experimentación a la condición que “exista motivo de considerar que la suministración de la medicina a experimentar otorgue al paciente un beneficio superior a los riesgos o que no produzca algún riesgo” y subraya que “los intereses de los pacientes prevalecen siempre sobre aquellos de la ciencia y de la sociedad”.

La prioridad del interés del paciente encuentra explícita afirmación en el art. 2 (Prioridad del ser humano) de la *Convención de Oviedo*: “El interés y el bien del ser humano deben prevalecer sobre el interés de la sociedad y de la ciencia”, lo cual vale mayormente en presencia de pacientes indefensos, precisamente porque son completamente incapaces de manifestar la propia voluntad.

A la luz de las normas consideradas, la inclusión en la experimentación de un sujeto en coma, está subordinada al consentimiento del representante legal: en caso de indisponibilidad del representante legalmente reconocido, la inclusión en la investigación del sujeto en estado de inconsciencia, es admitida sólo en los casos de emergencia, o bien en situaciones caracterizadas por la impostergabilidad del tratamiento y del presumible consecuente beneficio para el sujeto, conforme al principio de beneficencia, que se manifiesta en el ordenamiento de toda elección de tratamiento de salud, a la promoción del bien del paciente.

Referencias bibliográficas

¹ Mordacci, R., *Bioetica della sperimentazione. Fondamenti e linee-guida*, Milano: Franco Angeli, 1997: 174.

² CONSULTA DE BIOÉTICA, SECCIÓN DE ROMA, *Proposta di legge sul consenso informato e sulle direttive anticipate* (approvata dall'Assemblea dei soci in data 14.3.1998 e dal Directivo in data 27.4.1998), *Bioetica* 1998, 2:313-314.

³ POCAR V. (a cura di), D'AMBROGI F., ORSI L. (con la collaborazioni di), *Note illustrative sulla proposta di legge*, *Bioética* 1998, 2:316.

⁴ PIZZOFERRATO A., MONACO F., *Directive anticipate e delega al fiduciario*, *Bioetica* 1998, 2: 323.

⁵ *Sentenza 18 ottobre 1990*, Foro it. 1991, II: 236.

⁶ CASSAZIONE PENALE –SEZIONE IV, *Sentenza 9 marzo– 12 luglio 2001*, Diritto e Giustizia 2001, 30:28-37.

⁷ BIGNAMINI A.A., *Il consenso di chi non può consentire in sperimentazione clinica: etica e GCP a confronto*, Medicina e Morale 1999, 6:1087.

⁸ *Ibid.*, pp.1101-1192.

⁹ PROIETTI R., *Sperimentazione clinica nel paziente con coscienza*, in DEL TACCA M. (a cura di), *L'etica nella ricerca biomedica*, Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1997: 233-240.

Por una bioética sin adjetivos

La bioética en el contexto de la crisis moderno-ilustrada

*Rodrigo Guerra López**

Resumen

Muchos, en el debate contemporáneo, pretenden mostrar que la bioética requiere de una especial sensibilidad a los progresos teóricos y sociales del mundo moderno. Si la bioética no asume como propios los «logros» del «progreso» sino que recae en formas de justificación «superadas», estará mal formulada. A continuación examinaremos precisamente en qué consiste la modernidad ilustrada para luego mostrar que, ante su crisis, sería oportuno intentar pensar la Bioética desde parámetros que no recaigan en su problemática intrínseca sino que logren ofrecer una alternativa real en materia de fundamentación y perspectivas para esta nueva ciencia.

Desde este punto de vista, muchas cuestiones filosóficas y morales aparecen en este tipo de postura. Sin embargo, son tres aspectos los que me parecen más centrales a esclarecer: 1. la naturaleza del consenso; 2. la posibilidad de una moral objetiva; 3. el fundamento personalista de la vida moral.

* Doctor en Filosofía por la Academia Internacional de Filosofía del Principado de Liechtenstein; Director del Proyecto “Cátedra Karol Wojtyla en Antropología y Ética” de UNIVA-Querétaro; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); Miembro del Círculo Latinoamericano de Fenomenología; Director del «Observatorio social» del CELAM; Miembro de la Academia Pontificia Pro vita; E-mail: rodrigox@prodigy.net.mx

Más aún, tenemos la impresión que la bioética, si se asume como ciencia rigurosa de carácter práctico normativo, no requiere de adjetivos diferenciadores sino que precisamente parte del reto que posee en la actualidad, que es mostrar su vigor racional y práctico a través de cinco rasgos de explícito cariz personalista pero que han de ser manifestados permanentemente no como un compromiso de escuela sino como un compromiso con la verdad sobre el hombre: 1. la bioética debe construir su normatividad a partir del imperativo que encuentra al reconocer a la persona como una realidad afirmable por sí misma; 2. la bioética ha de distinguir con claridad la diferencia existente entre cosas y personas; 3. la bioética distingue la irreducibilidad de la vida humana a otras formas de vida y a sistemas materiales complejos; 4. la bioética debe reconocer al ser humano como sujeto comunional; 5. la bioética implica un compromiso existencial y práctico a favor de todas las personas, en especial, de los más débiles.

Abstract

For a bioethics without adjectives

In the contemporary debate, many authors seek to show that bioethics requires a special sensibility to theoretical and social progress of the modern world. If Bioethics doesn't assume the achievements of the "progress" but rather relapses in «overcome» justifications, it will be not well formulated. This paper deals with what modernity is, in other to show, before its crisis, the opportunity to think in Bioethics from parameters that are not able to offer a real alternative regarding the foundation and perspectives for this new science.

The author thinks that three aspects are crucial to clarify: 1. the nature of the consent; 2. the possibility of an objective morals; 3. the person-centred foundation of moral life.

Moreover, if Bioethics is assumed as rigorous and normative practical science, it doesn't require differentiating adjectives,

instead, part of the achievements that requires today, is to show its rational and practical strength through five explicit person-centered features: 1. Bioethics should build its normativeness starting from the imperative to recognizing the person like a reality per se; 2. Bioethics must distinguish with clarity the difference between things and persons; 3. Bioethics distinguishes the irreducibility of human life to other forms of life and complex material systems; 4. Bioethics should recognize the human being like in-communion subject; 5. Bioethics implies an existential and practical commitment in favor of all persons, specially of the weakest ones.

Palabras clave: bioética, modernidad, personalismo

Key words: bioethics, modernity, personalism

Introducción

Hace algún tiempo me topé con el libro *La bioética en una sociedad liberal* escrito por Max Charlesworth¹, famoso filósofo australiano, dedicado desde hace muchos años a la ética y a la bioética. En esta obra se ensaya un interesante experimento: se perfila una sociedad liberal ideal basada en intuiciones obtenidas del pensamiento de John Rawls, Isaiah Berlin, Ronald Dworkin y Joseph Raz, y luego, se imagina el modo cómo la bioética tendría que formularse tomando como premisas constitutivas de ella precisamente aquellas que conforman los parámetros del liberalismo.

Como puede apreciarse este planteamiento tiene como arquitectura básica la idea de que el liberalismo es la filosofía más adecuada para construir una bioética en las democracias de nuestro tiempo. Esta idea no se justifica por parte de Charlesworth, sino que se admite como una suerte de principio evidente que tenemos todos que aceptar. Pareciera que el autor concibe implícitamente que la democracia liberal es la mejor manera de concebir la vida en sociedad en el momento presente. Por ello, sus valores básicos han de vitalizar una disciplina como la bioética. En el fondo de esta concepción subyace una peculiar metateoría de la bioética: el contexto social, sus valores y principios, sus

instituciones y normas socialmente sancionadas, son el fundamento adecuado de este saber. La bioética es pertinente si responde y corresponde al avance civilizatorio que significa la democracia liberal...

El caso de Charlesworth es uno de entre muchos, que en el debate contemporáneo pretenden mostrar que la bioética requiere de una especial sensibilidad a los progresos teóricos y sociales del mundo moderno. Si la bioética no asume como propios los «logros» del «progreso» sino que recae en formas de justificación «superadas» estará mal formulada.

Esta perspectiva, y otras similares, muestran de forma elocuente que una parte importante de los participantes en el debate bioético contemporáneo se mantienen instalados aún en el paradigma «moderno-ilustrado», es decir, en el paradigma construido en torno a la idea de progreso indefinido alimentado por un modelo de racionalidad instrumental. Pensar que la razón es capacidad de transformación, y que esta capacidad genera condiciones más emancipadas de vida colectiva, es el sueño que animó a muchos al menos desde tiempos de Kant. Fue precisamente este paradigma el que repropuso la centralidad del hombre, de su subjetividad y de su autonomía, pero a costa de negar cualquier posibilidad para que estos elementos puedan tener una vinculación con una realidad que los rebase y los fundamente.

A continuación examinaremos precisamente en qué consiste la modernidad ilustrada para luego mostrar que, ante su crisis, sería oportuno intentar pensar la Bioética desde parámetros que no recaigan en su problemática intrínseca sino que logren ofrecer una alternativa real en materia de fundamentación y perspectivas para esta nueva ciencia.

1. La modernidad ilustrada y su crisis

Existe un consenso bastante amplio en el mundo de las ciencias humanas y sociales respecto de la consistencia y peculiaridad de la época que convencionalmente denominamos «modernidad» o mejor aún «modernidad ilustrada». En efecto, si bien existen escuelas y corrientes de pensamiento sumamente diversificadas en la actualidad, más o menos todas coinciden en afirmar que la «modernidad ilustrada» ha

sido una corriente de pensamiento que durante varios siglos prometió liberarnos de las esclavitudes que marcaron otras etapas de desarrollo civilizatorio (el medioevo, la edad antigua...). Kant afirmaba a este respecto al momento de preguntarse sobre la identidad de la «ilustración», que:

La ilustración es la liberación del hombre de su culpable incapacidad. La incapacidad significa la imposibilidad de servirse de su inteligencia sin la guía de otro. Esta incapacidad es culpable porque su causa no reside en la falta de inteligencia sino de decisión y valor para servirse a sí mismo de ella sin la tutela de otro. *¡Sapere aude!* ¡Ten el valor de servirte de tu propia razón!: he aquí el lema de la ilustración. La pereza y la cobardía son causa de que una tan gran parte de los hombres continúe a gusto en su estado de pupilo, a pesar de que hace tiempo la Naturaleza los liberó de ajena tutela (*naturaliter majorenes*); también lo son de que se haga tan fácil para otros erigirse en tutores. ¡Es tan cómodo no estar emancipado!²

En este breve texto se pueden detectar los elementos fundamentales de la modernidad ilustrada: ella es un momento de liberación para el hombre a través de la razón. La razón debe de aprender a caminar sin tutela, por sí misma.

No es difícil apreciar el aspecto de verdad que posee esta idea. El ser humano goza de razón y su vida es más plena cuando logra actuar de acuerdo a ella. La razón, puede estar sometida a diversas esclavitudes como la ignorancia, las creencias pseudocientíficas, los paradigmas equivocados o las pasiones irracionales. Por ello, no es ajena a su dignidad, la búsqueda de una liberación de este tipo de ataduras que permita su despliegue operativo de manera plena.

Sin embargo, por otro lado, muchas personas a lo largo del tiempo han interpretado los textos de Kant en un sentido diverso y radical: la razón no sólo debe liberarse de ciertas ataduras sino debe de proponerse como una capacidad autolegitimada, autofundada, que permita el que la voluntad sea autónoma. Bajo esta interpretación se suele subrayar que este autor alemán ha dicho con gran énfasis:

«La autonomía de la voluntad es el estado por el cual ésta es una ley para sí misma, independientemente de cómo están constituidos los objetos del querer. [...] El citado principio de autonomía es el úni-

co principio de la moral, pues de esta manera se halla que debe ser un imperativo categórico [...]».³

A la luz de estas ideas, la modernidad ilustrada no sólo se configuró como una época racional sino principalmente racionalista y autonomista. El ser humano será principalmente interpretado como aquel ser capaz de decidir por sí mismo el contenido de las normas de su acción, como aquel ser que no necesita de nada más que de él para poder lograr racionalidad auténtica y desarrollo pleno.

Estas afirmaciones teóricas suscitaron, desde que fueron formuladas, una gran expectativa: el sueño de una sociedad mejor, más científica y tolerante, más pacífica y ordenada, en la que la libertad de cada quien sea respetada con el único límite que marcan las libertades de los demás. Poco a poco la idea de una sociedad que progresa y avanza optimistamente hacia un estadio mejor quedó como fusionada con la idea de la autonomía del sujeto libre. De este modo se llegó a pensar que si el individuo humano logra preservar y fortalecer su autonomía, el progreso racional se dará más o menos automáticamente.

Con todo y la fascinación que este proyecto produjo en muchas personas y ambientes, el siglo XX fue testigo de su derrumbre, tanto por la vía de las «derechas» como por la vía de las «izquierdas». En efecto, las sociedades moderno-ilustradas pagaron caro el costo de la pretensión autofundamentadora de la razón. Cuando la razón se autofundamenta y la voluntad se autonomiza, el modelo de Estado que se genera, es también autolegitimado. Esto quiere decir que existe un paralelismo entre la razón que no acepta otro criterio que ella misma al momento de operar, y el Estado que no acepta un parámetro más que sí mismo al momento de ejercer el poder.

El Estado que se mide a sí mismo, que se norma a sí mismo, que no acepta un parámetro meta-político para regularse, es precisamente el Estado autoritario. En un Estado autoritario es imposible cuestionar las decisiones de poder porque es el propio poder el que define la legitimidad o ilegitimidad de una cuestión. El sufrimiento de millones de personas aplastadas en su dignidad por la razón autofundamentada y sus proyecciones políticas —ya sea en campos de exterminio nazis, ya sea en Gulags comunistas, ya sea en la represión de movimientos estudiantiles de base, ya sea en la persecución política de élites disidentes— es una advertencia para el presente, para nosotros, al momen-

to de intentar construir una vida más humana y auténticamente respetuosa del valor inalienable de todo ser humano.

La humanidad debe de aprender de estas lecciones. La humanidad puede no sólo aprender, sino madurar como sociedad, gracias a todo este dolor que asumido heroicamente por muchos, manifiesta que la verdad sobre el hombre no se resuelve o se disuelve en la dinámica del poder autolegitimado.

2. La bioética en el seno de la modernidad

La bioética como ciencia nace precisamente en el seno de la crisis moderno-ilustrada. Es de todos sabido que los antecedentes de este saber se remontan a los inicios de la ética médica con Hipócrates y su escuela, pasando por el pensamiento escolástico tanto cristiano como árabe, y las incursiones que algunos modernos realizaron, como el médico y filósofo John Gregory, seguidor de David Hume. Sin embargo, será hasta la mitad del siglo XX, cuando comenzarán a surgir trabajos más claramente dedicados a elaborar lo que hoy conocemos bajo el nombre de «bioética».

En efecto, los horrores de la II Guerra mundial, renovaron la conciencia sobre la necesidad de encontrar un renovado marco normativo para la convivencia internacional que se situara idealmente por encima de las leyes particulares de cada nación. Así fue como nació la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En este mismo clima, se redescubrió la necesidad de regular con mayor precisión y eficacia la experimentación en seres humanos vivos. Poco a poco surgieron trabajos como los de Joseph Fletcher, teólogo episcopaliano que trató de resolver cuestiones éticas en materia médica a la luz de un cierto consecuencialismo filosófico-moral (1954).⁴ Posteriormente aparecieron también los muy conocidos textos de Van Rensselaer Potter (1970) y de André E. Hellegers (1971) sobre «bioética».⁵ Poco después aparecerían el Reporte Belmont (1976) y la obra de Beauchamp y Childress que darían inicio a la denominada «bioética principialista» (1979).⁶

Este brevísimo recorrido sólo lo hacemos con miras a percatarnos de la novedad que aún representa la bioética en el contexto de las

ciencias y del contexto cultural que envolvió su nacimiento. Justo cuando la modernidad ilustrada hacía crisis política, la bioética aparece en el escenario mundial. Justo cuando se intenta hacer un esfuerzo por establecer un parámetro metapolítico para el establecimiento de un nuevo orden mundial, se comienzan a construir las intuiciones para una bioética global.

La bioética de esta manera se inscribía en un importante proceso de corrección: la razón tenía que encontrar nuevamente un fundamento más allá de ella para poder evitar autodestruirse, para poder evitar autolegitimarse. Sin embargo, es preciso reconocer que la conciencia sobre la necesidad de esta corrección, en los primeros teóricos de la bioética, fue más bien confusa o nula dando por resultado que varias de las bioéticas más importantes que han surgido en los últimos treinta años hereden de manera más o menos acrítica algunos de los principales problemas por los que la modernidad ilustrada entró en crisis.

La influencia que muchas tesis moderno-ilustradas han tenido y tienen en la bioética, entonces, no nos debe de extrañar. Si bien la bioética como ciencia surge como una suerte de toma de conciencia de las insuficiencias normativas que existen ante los nuevos desafíos morales que presentan la vida, la vida humana y las biotecnologías, en muchos casos, este nuevo saber sufrió una suerte de *subordinación en la oposición*, es decir, asimiló contenidos que en principio deberían de revisarse para no recaer precisamente en la posición de la que se pretendía salir.

3. Tristram Engelhardt: un intento de sistematización

Para ilustrar más concretamente la hipótesis que aquí elaboramos me parece que puede ser útil mencionar sucintamente el caso de Tristram Engelhardt. Este autor elaboró en 1986 uno de los primeros tratados sistemáticos de bioética cuya influencia se ha dejado ver en muchos países y ambientes.⁷

Para Engelhardt la ética es un arte que tiene como fin resolver controversias morales entre personas con posiciones antagónicas en una sociedad laica. Esta idea supone que no se puede apelar a un criterio metaconsensual como Dios, como la ley natural o como la fuerza,

para resolver los conflictos de opinión o de interés. La bioética asumirá esta noción de ética y tratará de resolver pacíficamente las controversias públicas sobre cuestiones biomédicas por medio de acuerdos o consensos sobre los procedimientos a implementar para determinar las normas morales inspiradas en el principio de que no se ha de emplear jamás la fuerza contra el inocente sin su consentimiento. Así, la moralidad en una sociedad democrática y plural consiste en hacer el bien dentro de los límites impuestos por la autoridad en comunidades divididas por visiones morales opuestas.

Para Engelhardt las virtudes morales necesarias para poder convivir en una sociedad plural son la tolerancia, la liberalidad y la prudencia. La tolerancia será la virtud más importante. En la bioética esto se traduce renunciando a la determinación de si es buena o mala, por ejemplo, la práctica del aborto. Lo importante desde este enfoque es fijar un criterio consensuado sobre los intereses en conflicto. Así es como este autor distingue entre una *ética secular-formal*, que no tiene contenidos o cánones morales universalmente válidos, y las *éticas religiosas-contenuísticas*, que prescriben normas con contenido moral concreto y apelan a Dios como fundamento de las mismas. La opción de Engelhardt por el primer tipo de ética es un gesto de resignación ante la situación de la sociedad actual en la que no existe una autoridad que pueda justificar con contenidos morales la prohibición, por ejemplo, del consumo de heroína, de la comercialización de los servicios de eutanasia, o de la prestación del alquiler comercial de úteros. El aborto, para el autor, es una de entre varias prácticas aberrantes, pero sólo puede ser calificado así desde sus convicciones religiosas (greco-católicas, en este caso). La bioética que él formula no puede ni debe elaborar argumentos concluyentes para prohibir acciones como esta.

El consenso es la única fuente moralidad y se concretiza en los principios de *permiso*, de *beneficencia* y de *propiedad*. El *permiso* consiste en *no hacer a otros lo que ellos no se harían sobre sí mismos y en cumplir lo que uno se ha comprometido a hacer*. Este principio ofrece un adecuado marco formal (vacío), según nuestro autor, a la sociedad secular y plural contemporánea.

La beneficencia es entendida como *hacer el bien a los demás*. Esto de repente puede parecer que reintroduce un contenido particular de

bien a la bioética. Por eso, de inmediato Engelhardt sostiene que la beneficencia debe subordinarse al permiso para no asignarle contenido a la palabra «bien». Engelhardt sostendrá, desde este punto de vista, que el Estado tiene que tolerar cualquier forma de conducta, por aberrante que sea, si otros se ponen de acuerdo en participar en ella. Pone como ejemplos prácticos la tolerancia del mercado de la pornografía, la prostitución y el tráfico de drogas. Como es fácil advertir, para este autor, existe un presunto derecho humano básico a participar en el mercado negro.

El tercer principio ético aplicable a la bioética es para Engelhardt el de *propiedad*. Esto quiere decir que *las personas se poseen a sí mismas, lo que ellas hacen y lo que otras personas les transfieren*. Por ende, es preciso *entregar a todos aquello a lo que tienen derecho y abstenerse de tomar lo que pertenece a varios o a uno solo*. De este modo, el Estado tiene que facilitar la prestación de cualquier servicio postulado sobre la base de decisiones consensuadas y consentidas por las partes interesadas. Servicios que en el terreno de la bioética han de entenderse en sentido amplio: ofrecer un respirador artificial, realizar una práctica abortiva, procreativa, esterilizante o eutanásica. La autoridad del Estado en materia de bioética debe atenerse al consentimiento previo otorgado por los ciudadanos a la acción gubernamental que, a su vez, tiene que someterse a la acción consensuada de los individuos libres.

4. ¿Es posible proceder de otro modo?

Líneas arriba mencionábamos que la bioética parecía haberse *subordinado en la oposición* al enemigo que pretendía vencer, es decir, al arbitrio, a la pura voluntad de poder autolegitimada. La exposición de algunas de las ideas esenciales de Tristram Engelhardt nos permite tener una aproximación rápida precisamente a esta cuestión. ¿Cuál es el problema en esta postura? ¿No es acaso lo único posible buscar consensos sociales en bioética y renunciar a una moral objetiva? ¿No son las morales objetivas siempre intromisiones de vida privada en el espacio público?

Desde mi punto de vista muchas cuestiones filosóficas y morales aparecen en este tipo de posturas. Sin embargo, son tres aspectos los que me parecen más centrales a esclarecer:

a) *La naturaleza del consenso*: Es cierto que un momento muy importante de la actividad política es precisamente la generación de consensos. No existe otra herramienta más que el consenso para poder establecer una política pública o eventualmente una legislación en una sociedad democrática y plural. El consenso es un ingrediente metodológico que permite lograr acuerdos sobre bases mínimas para evitar en lo posible la violencia y permitir la existencia de una interacción libre. Sin embargo, ¿es el consenso fuente de moralidad como pretende Engelhardt? Desde mi punto de vista la respuesta es negativa. El consenso tiene carácter de «medio» no de principio o fin de la vida moral. La experiencia histórica de la humanidad nos muestra de manera elocuente, y a veces trágica, que en determinadas comunidades han existido importantes consensos y acuerdos sociales sobre las más terribles y aberrantes prácticas, lo cual no las legitima en ningún sentido. Pensemos por un momento en los crímenes de la alemania nazi contra la población judía, todos ellos perfectamente legales, todos ellos basados en un cierto consenso gubernamental y parcialmente social respecto de la superioridad de la raza aria. Establecer el consenso como fuente de moralidad no es suficiente para evitar esta modalidad de totalitarismo. Defender las prácticas de la alemania nazi en base a un relativismo contextual, en base a la pluralidad de cosmovisiones, entre las cuales, la nacionalsocialista, sería una tan valiosa como cualquier otra, o en base a la supuesta obediencia que se le debe a la ley positiva –cualquiera que esta sea– resultó totalmente aberrante durante los juicios de Nüremberg. En estos juicios justamente se redescubrió la importancia que tiene encontrar un fundamento objetivo que impida que el poder –de quien sea, aún de la mayoría– se establezca como criterio superior de moralidad.

b) *La posibilidad de una moral objetiva*: la moralidad es una dimensión constitutiva de la experiencia humana. A diferencia de las vivencias que un animal puede llegar a tener de su dinámica instintiva y pulsional, la persona humana puede vivir desde dentro la novedad que representa la capacidad de respuesta libre y autofinalizada. Si nos fijamos atentamente en este dato, la libertad más que indeterminación

es verdadera *autodeterminación*. Ser libre no es un mero no estar determinado por la pulsión. Lo que más define el cariz peculiar de la libertad es el poder, el dominio, que tenemos sobre la acción, esto es, la capacidad que el yo posee de decidir *qué* es lo que se hace. Esta capacidad de decidir por uno mismo surge en parte del peculiar auto-dominio del acto voluntario, de una cierta autarquía óptica de la que goza el ser humano. Sin embargo, por otro lado, la autofinalización de la acción presupone que la razón es capaz de proponerle a la voluntad un motivo, una realidad significativa y valiosa, por la que valga la pena trascender precisamente la inclinación instintiva. Así es como es posible advertir que la libertad posee una dimensión subjetiva en la autofinalización y una dimensión objetiva en la determinación, en la especificación que se da en ella por parte del objeto que la razón le propone. Este rápido recuento sobre la estructura de la libertad permite recuperar la conciencia sobre el fundamento objetivo de la vida moral. La vida moral no es pura indeterminación. No cualquier objeto realiza el bien y hace buenos a los hombres. Es necesario que la libertad se active como obediencia a la verdad para que el bien se realice y la bondad emerja como perfección en el sujeto. Es necesario descubrir por medio de la razón la verdad sobre el bien, es decir, la verdad sobre lo que debemos hacer. En este esfuerzo, la verdad sobre el hombre tiene un papel fundamental.

c) *El fundamento personalista de la vida moral*: la vida moral emerge como experiencia al momento que yo me pregunto «¿qué debo de hacer en esta determinada situación?» Este tipo de pregunta nos revela que su eventual respuesta ha de ser de naturaleza *normativa*, es decir, indicativa de una conducta a realizar. Cada situación moral que se enfrenta en la vida tiene sus propias peculiaridades, está construida por diversos asuntos, variadas actividades, distintas opciones y contextos. En todo este escenario existen una pluralidad de valores que exigen una respuesta adecuada, un gesto adecuado a su consistencia objetiva. Sin embargo, todos estos valores, contextos y situaciones son vividas por la persona. Es la persona el sujeto de la vida moral. En ella, en la persona, se integran las distintas acciones y vivencias. No sólo a modo de un haz, de un cierto vértice del que surge actividad, sino que a modo de un dato objetivo que impone su propia normatividad a la conciencia. ¿A qué nos referimos? La experien-

cia versa sobre cosas y personas. De hecho, yo mismo, como sujeto de experiencia, me vivo desde dentro como un ser que no es meramente cosa sino que es un auténtico ser que *sabe-de-sí* y que posee un cierto *dominio-sobre-sí*. De esta forma la conciencia advierte de manera espontánea que la condición personal es diversa a la condición de cosa. *Ser-algo* es esencialmente distinto a *ser-alguien*. Este descubrimiento no es sólo un dato cognitivo de tipo teórico. El descubrir-se como sujeto no es sólo un importante tópico de especulación sino que de inmediato demanda ser reconocido en su índole práctica. Ser-sujeto-personal, ser-persona es un dato normativo, es invitación a cumplir un cierto deber. ¿En qué consiste este deber? Precisamente en tratar a las personas como personas, no como meros objetos de uso. La norma personalista de la acción consiste en descubrir que existe obligación de respetar a las personas como auténticos fines y de evitar a toda costa usarlos como meros medios. Una manera compendiada de advertir esta verdad es mirar que pertenece a la persona la capacidad de obrar por sí porque primero le pertenece el ser por sí, es decir, porque primero la persona *es* un fin. La libertad manifiesta lo que la persona es: un ser no-instrumentalizable. Por ello, tal vez la más importante definición de la persona es la que captura su momento axiológico fundante. La persona es "*hypostasis proprietate distincta ad dignitatem pertinente*",⁸ la hipóstasis que se distingue por una propiedad perteneciente a la dignidad.

No deseamos con ello insinuar que otras definiciones de persona no exploran aspectos importantes de la misma. Lo que deseamos apuntar es que una noción de persona que la destaca como fuente de obligaciones es desde un ángulo práctico la más relevante y revelante de su naturaleza integralmente considerada.

5. Por una bioética sin adjetivos: el personalismo en la bioética

Este planteamiento nos invita a pensar que una bioética estrictamente racional ha de entenderse fundada en una ética personalista. ¿Qué queremos decir con esto?

En primer lugar que la palabra bioética ha de ser entendida como un esfuerzo científico. La bioética no es primariamente un arte con-

sensual. Es una ciencia práctico normativa que versa sobre la moralidad. De esta manera la bioética es primaria y principalmente «ética». El factor de unidad sapiencial en el que convergen los distintos temas y problemas propios de la bioética es la ética. Y para ser más precisos, la ética entendida como antropología normativa, es decir, como teoría de la moralidad que emerge de la experiencia del hombre como persona, como *suppositum cum dignitate*.

Cuando se enfatiza la índole interdisciplinaria de la bioética y no se indica su factor de unidad sapiencial, la bioética deviene de manera más o menos explícita en una cierta tecnología para el consenso, o lo que es más peligroso, en una cierta tecnología que legitima de maneras subrepticias al poder como criterio de acción moral. Por ello pensamos que la bioética debería ser entendida como ética que afronta los temas y problemas de las ciencias de la vida y de las nuevas biotecnologías evitando adquirir una cierta originalidad y especificidad que obligaría a reconstruir todo su edificio *ex novo*.

Más aún, tenemos la impresión que la bioética, si se asume como ciencia rigurosa de carácter práctico normativo, no requiere de adjetivos diferenciadores sino que precisamente parte del reto que posee en la actualidad es mostrar su vigor racional y práctico a través de cinco rasgos de explícito cariz personalista pero que han de ser manifestados permanentemente no como un compromiso de escuela sino como un compromiso con la verdad sobre el hombre:

a) La bioética debe construir su normatividad a partir del imperativo que encuentra al reconocer a la persona como una realidad afirmable por sí misma: esto no es una declaración de buenas intenciones sino una convicción que brota de un análisis filosófico estricto. La bioética puede descubrir al interior de la estructura de la experiencia moral una norma propiamente personalista en la que se articulan los diversos preceptos de la ley natural.⁹

b) La bioética ha de distinguir con claridad la diferencia existente entre cosas y personas: no es posible desde una comprensión puramente cosmológica aprender a la persona en su dimensión irreductible.¹⁰ De hecho, algunas filosofías no logran salir del paradigma cosmológico aún cuando utilizan de vez en cuando la categoría «persona». Las cosas y las personas son realidades de naturaleza diversa e irreductibles entre sí y requieren aproximaciones cognitivas diferen-

ciadas. Sólo realizando una *reductio in proprium genus*, una reducción en su género propio, es posible aprender a respetar el fenómeno de la persona en su especificidad característica.¹¹

c) la bioética distingue la irreductibilidad de la vida humana a otras formas de vida y a sistemas materiales complejos: esto quiere decir que es necesario reargumentar auténticamente la existencia del alma humana y su carácter espiritual en diálogo con las ciencias biomédicas contemporáneas (incluidas las neurociencias). No es posible construir una bioética a la altura de los tiempos dando por hecho que los argumentos utilizados en el pasado para sostener el carácter trascendente de la vida humana han de continuar enunciándose exactamente de la misma manera. Es urgente readquirir los hábitos intelectuales que caracterizaron a los grandes pensadores que mostraron la diferencia esencial entre espíritu y cuerpo, y su profunda unidad, para que en interacción con algunas ciencias particulares sea posible profundizar, matizar y reconstruir argumentos más completos y sólidos en estas delicadas materias.¹²

d) La bioética debe reconocer al ser humano como sujeto comunitario: la oposición moderna entre el ser humano individual y la colectividad no corresponde en ninguno de sus dos polos a la verdad sobre el hombre. Es necesario mirar que la persona posee un carácter sustancial que no contradice una muy profunda relacionalidad. La relación que en el mundo antiguo era presentada como el más débil de los accidentes luego del cristianismo ha sido repropuesta como una dimensión constitutiva del sujeto personal. Salvar la subjetividad personal sacrificando la relación o defender la relacionalidad socavando la sustancialidad son excesos que es preciso evitar a través de una profundización en las evidencias que ofrece la experiencia de lo humano.¹³

e) La bioética implica un compromiso existencial y práctico a favor de todas las personas, en especial, de los más débiles: el personalismo ha nacido como algo más que una posición teórica delante de ciertos problemas. La bioética no puede obviar el carácter militante que han de asumir el pensamiento y el corazón una vez que se dejan interpelar por la persona y su dignidad. Desde el más elemental acto de reconocimiento de la persona, la razón práctica –y con ella toda la vida concreta del ser humano real– se encuentra comprometida y

obligada. Por ello, la *congruencia de vida* en el trato a los demás, en la libertad para disponer de los bienes materiales, y en la prontitud al servicio de los más vulnerables, es una dimensión constitutiva de la bioética como saber práctico normativo riguroso.

Referencias bibliográficas

- ¹ M. CHARLESWORTH, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge University Press, 1996.
- ² I. KANT, “¿Qué es la Ilustración?”, en: Idem, *Filosofía de la Historia*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1989, p. 25.
- ³ I. KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa Calpe, Madrid 1994, p. 119-120.
- ⁴ J. FLETCHER, *Morals and Medicine: The moral problems of the patient's right to know the truth, contraception, artificial insemination, sterilization, euthanasia*, Beacon, Boston 1954.
- ⁵ V. R. POTTER, *Bioethics: The Science of Survival*, en *Perspectives in Biology and Medicine*, n. 14, 1970, p.p. 120-123.
- ⁶ *Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Report of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Department of Health, Education, and Welfare. Office of the Secretary, Federal Register, February 1976. Así mismo habría que mencionar el libro originalmente publicado en 1979: BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edition, Oxford University Press, 2001.
- ⁷ T. ENGELHARDT, *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona 1995.
- ⁸ Algunos piensan que esta definición proviene de ALANO DE LILA también conocido como ALANO DE INSULIS († 1203), uno de los grandes pensadores del siglo XII, quien recibió una importante influencia platónica. Por ejemplo, esta es la opinión de los traductores de la *Summa Theologicae* de Tomás de Aquino editada en BAC Maior (Madrid 1988) quienes en I, q. 29, a. 3, ad 2 colocan una referencia a este respecto. Nosotros al consultarla (ALANUS DE INSULIS, *Theologicae regulae*, en *Patrologia Latina*, J. P. Migne, Paris 1855, T. 210, reg. 32, col. 637) hemos visto que no se usa literalmente esta definición. Otros piensan que proviene de ALEJANDRO DE HALES quien la difundió ampliamente durante la edad media (así JOSEF SEIFERT en su *What is Life? The Originality, Irreducibility, and Value of Life*, Rodopi, Amsterdam-Atlanta 1997, p. 139, n. 4 cita la *Glossa*, I, 23, 9). El hecho es que, por ejemplo, TOMÁS DE AQUINO utiliza esta definición en un número no despreciable de lugares: *In 1 Sent.*, d. 26, a. 1, ag 6; *Ibidem*, d. 26, a. 2, ag 3; *Ibidem*, d. 3, q. 1, a. 2, sc 1; *Sum. Theol.* I, q. 29, a. 3, ra 2; *Ibidem*, I, q. 40, a. 3, ag 1; *Ibidem*, III, q. 2, a. 3, co; *De Pot.*, q. 8, a. 4, ag 5; *Ibidem*, q. 8, a. 4, ra 5; *Ibidem*, q. 10, a. 1, ag 7; *Contra errores graecorum*, I, cap. 2.
- ⁹ Cf. GUERRA LÓPEZ, R. “La persona es fin y no medio. El fundamento normativo de la bioética personalista”, en: TOMÁS, G. (COORD.), *Avances en bioética personalista*, (Eunsa, Pamplona 2007, en prensa).
- ¹⁰ Cf. WOJTYLA, K. “La subjetividad y lo irreductible en el hombre”, en *El hombre y su destino*, Palabra, Madrid 1998; CROSBY, J. F., *The Selfhood of the Human Person*, The Catholic University of America Press, Washington 1996.

¹¹ Sobre el método para realizar esta «reductio», véase: GUERRA LÓPEZ, R., *Volver a la persona. El método filosófico de Karol Wojtyła*, Caparrós, Madrid 2002.

¹² SEIFERT, J., *Das Leib-Seele-Problem und Die Gegenwärtige Philosophische Diskussion. Eine systematisch-kritische Analyse*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1989.

¹³ WOJTYLA, K., “La persona: sujeto y comunidad”, en *El hombre y su destino*, Palabra, Madrid 1998.

Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios

*Madrazo JM**, *Castellanos G***, *Huerta MT****,
*Tarasco M*****, *Marco J******

Resumen

Objetivo: *Evaluar el grado de conocimiento sobre salud sexual y efectividad del condón para prevenirlas en una población estudiantil universitaria.*

Material y Métodos: *Es un estudio prospectivo, observacional, transversal, de encuesta descriptiva y comparativa realizado en una universidad privada, en donde se aplicó un cuestionario de 8 preguntas a una población muestra de 1000 alumnos elegidos aleatoriamente en el campus y divididos proporcionalmente entre alumnos de medicina y otras licenciaturas.*

Resultados: *Se evaluó una población total de 926 estudiantes. El rango de edad de población estudiada fue entre 18 y 25 años, 91% comentó que había recibido "muchísima información" sobre enfermedades de transmisión sexual y cómo prevenirlas.*

* Ginecólogo-Obstetra-Uroginecólogo, Maestro en Ciencias Médicas, Candidato a Doctor en Bioética, Catedrático y Coordinador del Área Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

** Médico-Cirujano, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

*** Estudiante de Medicina, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

**** Investigador de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac.

***** Catedrático de Fisiología de la Universidad de Santiago de Compostela y de la Universidad Panamericana.

El 47.4% de población total se refirió como sexualmente activa (65% hombres y 35% mujeres), de los cuales el 22.5% había tenido ya más de 5 compañeros sexuales.

El 3% de la población total refirió haber padecido una enfermedad de transmisión sexual.

El 46.6% de los alumnos de medicina consideró al condón como el método más seguro para prevenir enfermedades de transmisión sexual, en contraparte; el 40.8% de los estudiantes de otras licenciaturas consideró a la abstinencia sexual, como el método más seguro.

Conclusión

El grado de conocimiento de los alumnos encuestados sobre salud sexual y efectividad del condón es pobre. Deben permanecer concientes los jóvenes que a pesar del uso del condón, ya sea consistente o inconsistente, existe un riesgo de 7 a 21% de transmisión de ETS. Por ello, debe considerarse a la monogamia conyugal y la abstinencia en los jóvenes, la única opción segura para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Summary

The authors evaluated de knowledge on sexual health and condom effectiveness in order to prevent sexually transmitted diseases in college students. The research was designed as a prospective, observational, transversal study, and was applied in a private university to one thousand students, with an inquiry of 8 questions. The population was byased in 50% students of all the different careers and 50% medical students. The results found were as follows: 91% knew "a lot" on STD and knew how to prevent them. 47.4% were sexually active, of whom 22.5% had had more than 5 sexual couples. 3% had had a STD. 46.6% of the medical students considered the condom as the safest way to prevent STD, while 40.8 % of the rest of the students considered abstinence as the safest way.

Palabras clave: adolescencia, salud reproductiva, efectividad del condón.

Key Words: youngsters knowledge, sexual health, condom effectiveness.

Antecedentes

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), por su frecuencia, representan un grave problema de salud pública; se estima que en el mundo se producen anualmente 250 millones de nuevos casos de alguna ETS.¹ En la actualidad se reconoce el carácter de transmisión sexual al menos a 25 microorganismos y numerosos síndromes.²

El grupo de edad más afectado es de 18 a 24 años de edad, siendo las mujeres 30% más afectadas que los hombres.³

La infección genital por Virus del Papiloma Humano (VPH) es actualmente la ETS más frecuente, un dato alarmante ya que participa en la carcinogénesis por presencia de genotipos oncogénicos; tiene una etapa transitoria de morfología y manifestaciones con dificultad diagnóstica de ahí su importancia de detección oportuna.^{4,5}

En las dos últimas décadas, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), constituye un problema de salud universal donde fuentes de información para la vigilancia epidemiológica en la República Mexicana en el año 2000 detectaron 3319 nuevos casos de infección por VIH.^{6,7,8}

Un reciente meta-análisis sobre la efectividad del condón sugiere que el condón es 60 a 70% efectivo en prevención para VIH. Estos estudios no aíslan el uso constante del condón; por lo tanto, posee un porcentaje bajo sobre la verdadera efectividad del uso correcto y consistente del mismo. Cabe mencionar que en la población adolescente el mayor promedio de uso de condón es el inconsistente (74%).⁹

La medición de la efectividad del condón puede ser conceptualizada en 2 distintos niveles.

1. Efectividad con un perfecto uso (consistente)
2. Efectividad con el típico uso (inconsistente).

Existen diferentes evidencias sobre la efectividad del condón. Un artículo reciente analiza 9 estudios diferentes; se han reportado 4

seroconversiones entre 277 (1.4%) parejas no infectadas de pacientes VIH-positivos hombres y mujeres que usaban condón consistentemente. En contraste, cuando los condones fueron utilizados inconsistentemente o éste no fue utilizado, 181 de 867 (19.7%) de parejas infectadas fueron seroconvertidas. De acuerdo con este análisis, los condones son efectivos en el 93% de los casos cuando son utilizados consistentemente. Por lo tanto, los usuarios inconsistentes del condón tienen 20 veces más riesgo de seroconversión que los usuarios consistentes en contactos sexuales repetitivos en parejas infectadas.⁹

En un estudio realizado a 158 estudiantes usuarios de condón, se reportó que el 43% se colocó el condón después de haber iniciado el acto sexual, y 15% comentó haberse retirado el condón antes de haber concluido el acto sexual. El estudio también demostró que el 30% se colocó el condón en forma invertida, volteando consecutivamente el condón de su posición real antes de iniciar el acto sexual (por lo tanto, existe potencialmente transmisión a la pareja por líquido seminal infectado, localizado en la parte expuesta del condón).¹⁰

Otra situación inherente son usuarios selectivos del condón, gente que valora el riesgo de la relación sexual y el uso del condón. En otras palabras, algunas personas usan el condón cuando tienen sexo con parejas que perciben que pueden ser potencialmente transmisores de enfermedades de transmisión sexual.¹¹

Dentro de la comunidad científica, existe actualmente el acuerdo de promover como puntos primarios el valor de la abstinencia y la fidelidad. Esta es la base de la estrategia ABC, que significa por orden jerárquico: Abstinencia, fidelidad (de *Be faithful*) y sólo en tercer lugar el Condón. Así concluye el consenso que publicó la revista médica número 1 de Europa, Lancet (27-11-2004).¹²

Material y Métodos

Se realizó una encuesta en la ciudad de Puebla, en el mes de Octubre de 2005, en jóvenes de entre 18 y 25 años estudiantes de una universidad privada, de diferentes licenciaturas para medir el grado de conocimiento sobre ETS y efectividad del condón para prevenirlas; además se compararon los conocimientos de alumnos de otras licenciaturas.

Preguntas		MNM	HNM
¿Eres sexualmente activo?	Sí	39.70%	71.30%
	No	60.30%	28.70%
¿Has tenido más de un compañero sexual?	Sí	14.20%	54%
	No	85.80%	46%
¿Cuántos han sido?	Dos	53.90%	22.80%
	Tres	17.90%	30.40%
	Cuatro	15.30%	14.10%
	Cinco o más	12.90%	32.70%
¿Cuánta información has recibido sobre ETS?	Mucha	96.84%	89.36%
	Poca	3.13%	9.04%
	Ninguna	0%	1.52%
¿Cuál de los siguientes métodos consideras el más seguro para prevenir ETS?	Hormonal	6%	2.70%
	Condón	38.80%	45.40%
	Ritmo	4.60%	2.08%
	Dispositivo	3.47%	4.16%
	Definitivos	6.01%	4.86%
	Abstinencia	40.97%	40.60%
Complicaciones que consideras podrías obtener con alguna ETS	Cáncer	10.85%	9.38%
	Muerte	30.12%	31.80%
	Papiloma	20.33%	14.87%
	Gastritis	0.91%	0.22%
	Gota	0.76%	3.20%
	Fuegos labiales	7.49%	9.83%
	Impotencia sexual	4.89%	7.55%
	Gripa	1.07%	1.60%
Infecciones repetidas	23.54%	21.51%	
De las siguientes opciones elige cuál consideras agente causal de ETS	Clamidia	27%	19.50%
	Herpes	24.60%	23.50%
	Helicobáctér pilori	2.90%	6.70%
	Hepatitis B	8.50%	9%
	Tricomonas	1.30%	1.70%
	Treponema pallidum	0.70%	1.30%
	Neisseria Gonorrea	28.70%	26.50%
	Tripanosoma	1.20%	2%
	Streptococcus	5.10%	9.80%
¿Consideras al condón efectivo para prevenir ETS?	Sí	79.94%	86.80%
	No	20.06%	13.20%

ras con estudiantes de medicina de este mismo plantel.

Para evaluar la aplicabilidad del cuestionario se realizaron primero 30 pruebas piloto, valorando los siguientes aspectos:

1. Tiempo de respuesta (2 minutos).

2. Entendimiento de las preguntas antes de iniciar la prueba de campo.

Se observó que muchos de los alumnos no tenían claro el término “vida sexual activa”, así que se agrego una definición a las encuestas; otro aspecto detectado fue en palabras que dificultaban el entendimiento de las preguntas; además sexo, edad y carrera se incluyeron en los cuestionarios.

Posterior a esto se realizaron otras 200 pruebas piloto en alumnos que no sólo fueran de la carrera de medicina para así observar el grado de entendimiento de las preguntas.

De esta forma se analizó y se buscó la forma de que

Tabla 1. Resultados de encuestas realizadas. *HNM. Hombre no medicina, * MNM. Mujer no medicina

Preguntas		MNM	HNM
¿Eres sexualmente activo?	Sí	31.90%	59.10%
	No	68.10%	40.90%
¿Has tenido más de un compañero sexual?	Sí	22.80%	46%
	No	77.20%	54%
¿Cuántos han sido?	Dos	38.80%	35.90%
	Tres	16.20%	19.20%
	Cuatro	22.50%	17.90%
	Cinco o más	22.50%	27%
¿Cuánta información has recibido sobre ETS?	Mucha	86.56%	91.81%
	Poca	10.44%	5.82%
	Ninguna	1.28%	2.33%
¿Cuál de los siguientes métodos consideras el más seguro para prevenir ETS?	Hormonal	1.74%	2%
	Condón	43.60%	51.20%
	Ritmo	1.99%	1.20%
	Dispositivo	7.20%	3.60%
	Definitivos	0.99%	3.60%
	Abstinencia	44.38%	38.40%
Complicaciones que consideras podrías obtener con alguna ETS	Cáncer	13.73%	9.41%
	Muerte	27.04%	24.94%
	Papiloma	24.27%	24.94%
	Gastritis	0.27%	0.47%
	Gota	0.13%	1.64%
	Fuegos labiales	9.43%	12%
	Impotencia sexual	5.68%	5.64%
	Gripa	5.00%	1.41%
	Infecciones repetidas	18.16%	19.52%
De las siguientes opciones elige cuál consideras agente causal de ETS	Clamidia	15.20%	13.20%
	Herpes	29.40%	15.60%
	Helicobácteri pilori	0.70%	0.90%
	Hepatitis B	8.90%	7.80%
	Tricomonas	9.50%	12.70%
	Treponema pallidum	12.40%	15.60%
	Neisseria Gonorrea	20.30%	24.40%
	Tripanosoma	1.90%	4.60%
	Streptococcus	1.70%	5.20%
¿Consideras al condón efectivo para prevenir ETS?	Sí	73.53%	79.50%
	No	26.47%	20.50%

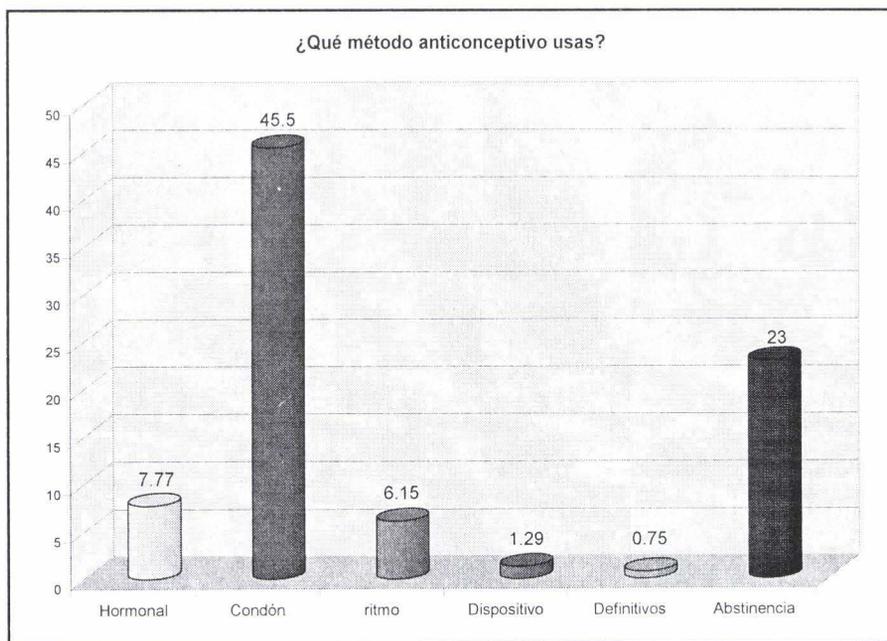
estás fueran más comprensibles para los jóvenes de diferentes carreras.

Para la prueba de campo se realizaron un total de 1000 encuestas, de las cuales, 50% se aplicaron a alumnos de la carrera de medicina y las otras 50% restantes, a alumnos de otras carreras.

De las 1000 encuestas realizadas fueron eliminadas 7.4%, todo esto se debió a los criterios de eliminación: falta de seriedad para responder las encuestas. Y los criterios de exclusión: alumnos de enfermería.

Se capturaron todos los datos obtenidos de las diferentes encuestas, separándose los alumnos de medicina con los de otras carreras, dando como resultado 27.2% de mujeres de la carrera de medicina, 17.4% de hombres de la carrera de medicina, 19.2% de hombres de otras carreras y 28.8% de mujeres de otras carreras.

Tabla 2. Resultados de encuestas realizadas. * MM: Mujer medicina. *HM: Hombres medicina

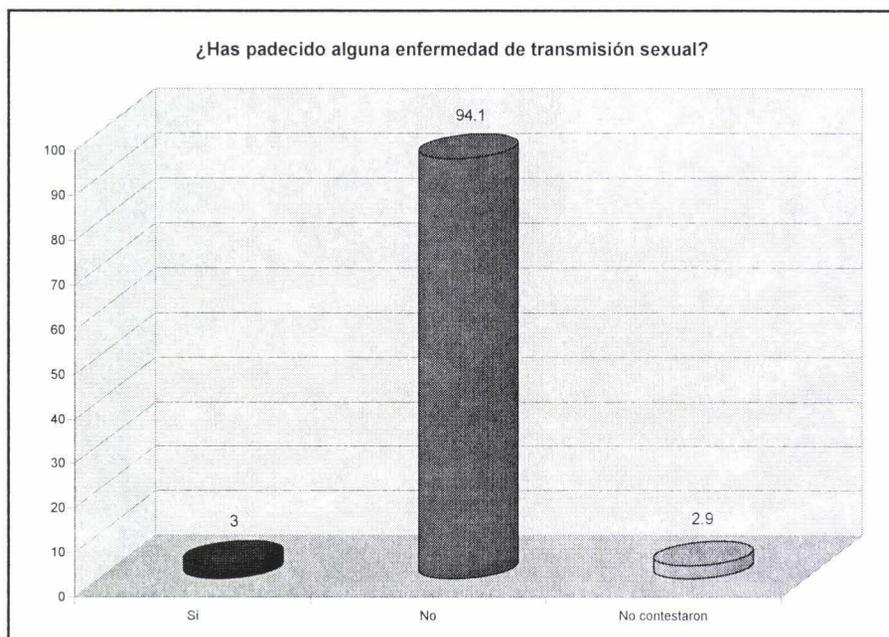


Finalmente, se compararon todos los resultados, realizando tablas y gráficos, los cuales se presentan en este trabajo

Los resultados de los alumnos que contestaron esta encuesta muestran que el 45.35% de ellos utiliza el condón como principal método anticonceptivo, seguido de la abstinencia, la cual ocupa un 23%, y por último, con un 7.77%, están los métodos hormonales. El grupo restante refirió utilizar otros anticonceptivos (ritmo, dispositivo y definitivos).

El 91.81% de estudiantes de la carrera de medicina consideró haber recibido “mucho información sobre ETS, contra los varones de otras carreras el cual fue de un 89.36%. Las mujeres de medicina registraron 86.56% contra un 96.84% que registraron las de otras carreras. El porcentaje de personas que no recibieron información en general fue de un 2.33%. Los jóvenes restantes han recibido muy poca información, pero refieren haberla recibido.

En la encuesta se pregunta si han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. Un 3% contestó que sí, al contrario de un 94.10% que dijo que no, el resto se abstuvo a contestar.



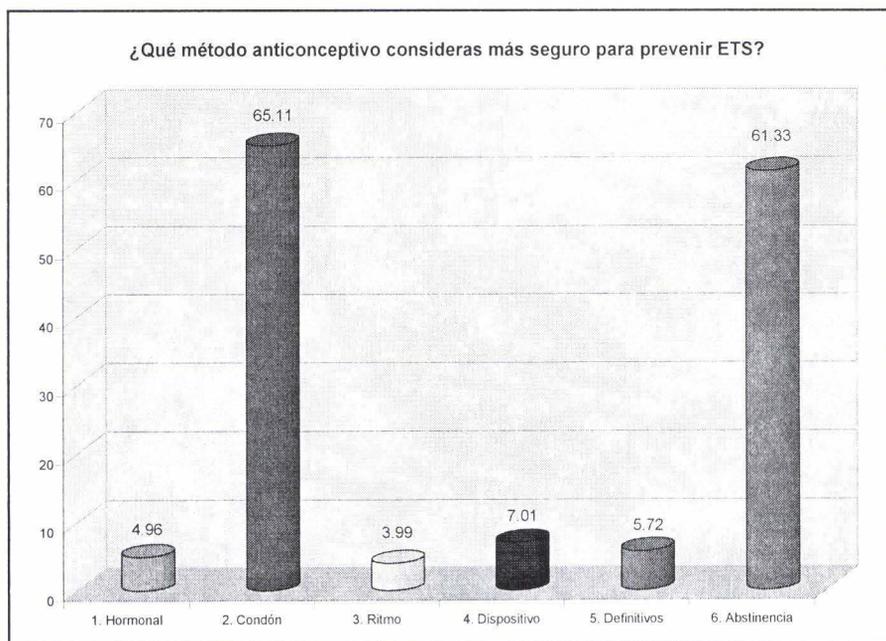
Un porcentaje más específico en hombres, 1.6% contestó que sí al contrario de un 16.7% contestaron que no. En mujeres 0.97% contestó que si al contrario de un 27.4%.

De un total 926 encuestados, respondieron un 65.11% consideran al condón como método anticonceptivo más seguro para prevenir enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, un 61.33% manifestó a la abstinencia como segundo método anticonceptivo eficaz para prevenir ETS, en esta pregunta se considera más de una opción.

Además, de 560 mujeres encuestadas, un 38.33% refirieron en primer lugar a la abstinencia como método anticonceptivo para prevenir ETS, seguido de un 37.04% que considera al condón como método anticonceptivo para la prevención de ETS.

De un total de 366 alumnos correspondientes al sexo masculino, 27.94% consideran al condón como método anticonceptivo para prevenir ETS, alternado de un 23% que contemplaron a la abstinencia como método anticonceptivo más seguro.

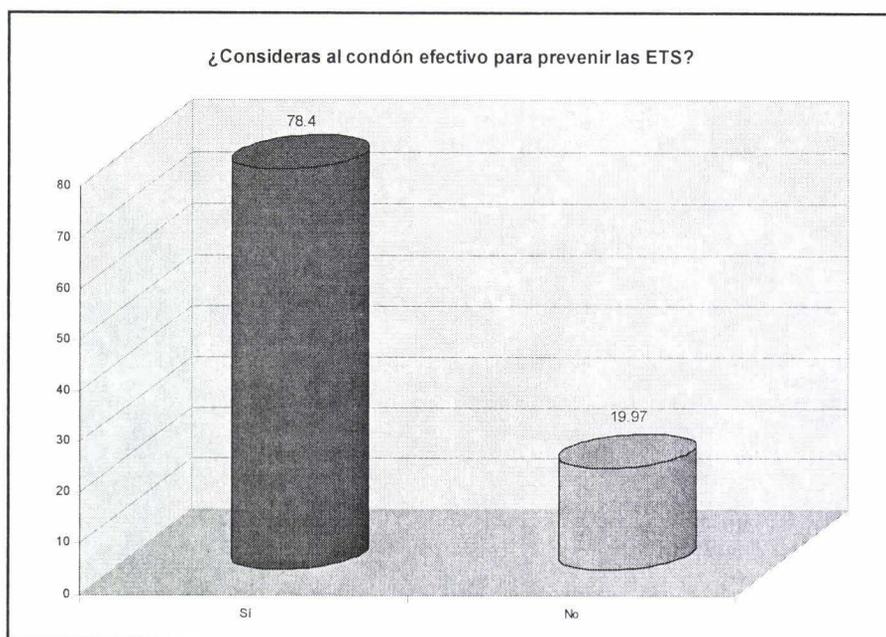
En la pregunta correspondiente a cuáles eran las complicaciones que de dichas enfermedades, los resultados observados son: el



28.50% consideran a la muerte como complicación ocasionada por ETS; el 21.36% consideran al papiloma como complicación ocasionada por ETS; el 20.69% consideran a las infecciones repetidas como complicación ocasionada por ETS; el 11.19% consideran a el cáncer como complicación ocasionada por ETS; el resto consideran otras enfermedades no relacionadas a ETS.

- Encuestados del sexo femenino. Resultados: el 28.50% consideran a la muerte como complicación ocasionada por ETS; el 20.72% consideran a las infecciones repetidas como complicación ocasionada por ETS; el 34.78% consideran otras complicaciones relacionadas a ETS y el 16.00% consideran otras enfermedades no relacionadas a ETS.

- Encuestados del sexo masculino. Resultados: el 28.42% a la muerte como complicación ocasionada por ETS; el 20.53% consideran a las infecciones repetidas como complicación ocasionada por ETS; el 19.83% consideran al papiloma como complicación ocasionada por ETS; el 21.80% consideran otras enfermedades no relacionadas a ETS.



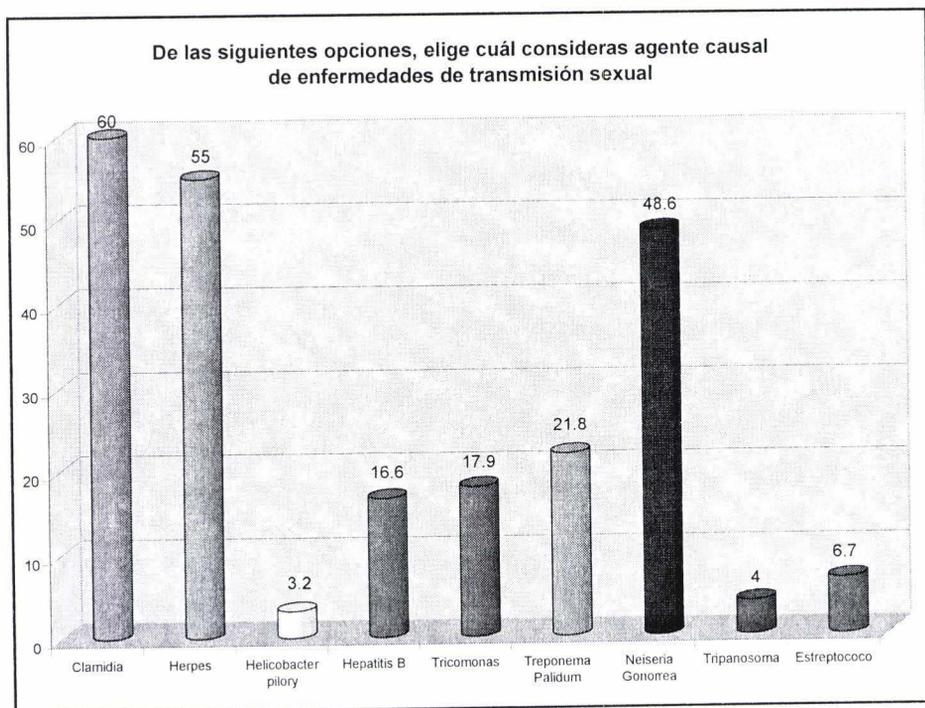
De los agentes causales considerados, los más sobresalientes fueron clamidia con un 60%, herpes con un 55%, y un neisseria gonorrea con un 48.60%, en dicha pregunta dimos como opciones agentes no asociados con ETS y la más sobresaliente fue estreptococo con un 6.70%.

Los resultados observados con respecto a que si consideran al condón un método anticonceptivo seguro son: el 78.4% lo consideran seguro contra ETS; y el 19.97% no lo consideran seguro.

- Encuestados del sexo femenino. Resultados: el 76.76% consideran seguro a el condón contra ETS; 23.23% no lo consideran seguro.
- Encuestados del sexo masculino. Resultados: el 84.07% consideran seguro el condón contra ETS; el 15.92% no lo consideran seguro.

Discusión

Los adolescentes son considerados de alto riesgo para adquirir ETS por tener relaciones sexuales sin ningún método; poseen un mayor



número de parejas sexuales; son biológicamente más susceptibles a la infección; tienen mayor posibilidad de contraer infecciones con curso clínico asintomático y son más renuentes a solicitar consulta médica ya que enfrentan múltiples impedimentos para utilizar los servicios de atención médica.¹³

El verdadero valor de protección del condón hacia enfermedades de transmisión sexual no es del 100% como se ha pretendido manejar. La realidad es que únicamente se encuentra cercano al 95% sólo en parejas con uso consistente de condón (para el 100% de los actos sexuales). Por ello, el enlace condón-sexo-protegido no puede ser considerado verdaderamente “sexo seguro”.⁹

En los adolescentes es mayor el porcentaje de uso inconsistente del condón (74%). Esto conlleva a un mayor riesgo de infección ya que en un estudio realizado en parejas sexuales inconsistentes, se observó que el porcentaje de protección es cercano al 79% para la prevención de HIV.⁹

Los jóvenes deben permanecer concientes que a pesar del uso del condón, ya sea consistente o inconsistente, existe un riesgo de 7 a 20% de transmisión de ETS.^{9,14}

En el estudio realizado existe evidencia de la elevada proporción de estudiantes sexualmente activos (47.4%) y con más de 5 parejas sexuales (22.5%). Por tal motivo, debe considerarse a la monogamia y la abstinencia en los jóvenes, como la única opción segura para evitar enfermedades de transmisión sexual en la población adulta y joven respectivamente. De pensar en el supuesto utópico uso consistente del condón en los jóvenes, no se lograría obtener una efectividad del 100% para prevenir enfermedades de transmisión sexual, consecuentemente la incidencia de estas patologías seguirá incrementándose cada vez más.

La educación sexual veraz conlleva a un retraso en el inicio de la actividad sexual, a un decremento en la actividad sexual desordenada y a la promoción de la abstinencia. De ahí radica la necesidad de implementar programas educativos con veracidad e inmersos en la promoción de valores centrados en la persona. La importancia de difundir información veraz de lo importante que es la persona como ser integral y no nada más en su aspecto físico, sino también como ser trascendente (físico, psicológico y espiritual), debería formar parte de los programas que en materia de salud sexual se aporten hoy en día a los jóvenes.

Referencias bibliográficas

¹ Kumate J, Gutierrez G, Muñoz O, Santos JI, Manual de Infectología Clínica, decimo sexta edición. Mendez Editores. México DF.2001. Pág. 323-325.

² Farreras P, Rozman C. MEDICINA INTERNA, decimocuarta edición. Ediciones Harcourt. Madrid, España 2000.

³ Conde-González C. Enfermedades de transmisión sexual. PAC Infecto-1. México, D.F. Interistemas, 1999.

⁴ Morris D. Enfermedades de transmisión sexual. En: Medicina de urgencias.,Tintinalli., 5ª Edición, Vol. 1, Edit.Mc Graw-Hill interamericana, México 2002, pp. 1065-69.

⁵ Murria P, Kobayashi G, Pfaller M, et al. Microbiología Médica, segunda edición, Ed. Harcourt. Madrid 1997, pp.555-563.

⁶ Ahued RJ, Fernández CC, Bailón R, Ginecología y Obstetricia Aplicada, segunda edición, Ed. El Manual Moderno. México DF.2003. Pág. 727-732.

⁷ Faucy A. Enfermedades del virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y Trastornos relacionados. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Vol. I. Edit. McGraw-Hill Interamericana. Mexico 2005. pp 1194-265.

⁸ Palella Fj, y Murphy Rl. Enfermedades de Transmisión Sexual. En: Enfermedades infecciosas, 5ª edición. Edit. McGraw-Hill Interamericana. Mexico 1999. pp 228-257.

⁹ Pirketon SD, Ambrason PR, Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission , Revista Soc Sci Med, mayo 1997, vol. 44, No. 9 PP. 1303-1312.

¹⁰ Crosby RA, Sanders S, Yarber WL, et al. Condom use errors and problems among college men. J Adolesc Health 2001;28: 415-20

¹¹ Peterman TA, Lin LS, Newman DR, et al. Does measured behavior reflect STD risk?: an analysis of data from a randomized controlled behavioral intervention study. Sex Transm Dis 2000; 27: 446-51.

¹²<http://www.bioetica.com.mx/index.php?option=articles&task=viewarticle&artid=156&Itemid=3>

¹³ Arredondo GJ, Narcio RL, Casanova RG, Figueróa DR. Enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) en un grupo de adolescentes que asisten a un instituto de atención perinatal. Gac Med Mex 1993; 129: 75-9.

¹⁴ Gayet C.; Juárez F, PhD¹; Pedrosa LA.; Magis C., Condom use among Mexican adolescents to prevent sexually transmitted infections (El Colegio de México. México, DF, México; ²Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). México, DF, México.

Reseña bibliográfica

*Rafael García Pavón**

Donadio Maggi de Gandolfi, María Celestina. *Biodiversidad y Biotecnología. Reflexiones en Bioética.* Editorial de la Universidad Católica Argentina. Buenos Aires, Argentina. 2004. 189 pps.

Las reflexiones bioéticas no pueden circunscribirse al ámbito de las acciones médicas, deben abarcar el ámbito de la vida entera en su cuidado como biodiversidad y en su desarrollo como biotecnología. Para la autora, la bioética ha perdido de vista que la naturaleza como principio de vida y de ser es el recurso más precioso de la tradición filosófica y de la ciencia empírica que puede salvaguardar la naturaleza de la vida y de la vida humana.

El problema es doble: primero, la ética y la bioética como ética aplicada se han desarrollado bajo el supuesto de que no hay bienes objetivos; y segundo, la biodiversidad y la biotecnología han invadido los campos epistemológicos de la filosofía que no les corresponde. Resultando este doble problema en un avance de la biotecnología de forma ilimitada y un fundamentalismo ecologista de la biodiversidad, en otras palabras, si es tecnológicamente posible se debe y se puede, y por otro, si la biodiversidad es afectada en sus formas originales por procesos tecnológicos esta debe salvaguardarse a toda costa. Estas invasiones lo que hacen al final del día es afectar la especificidad de la vida humana.

En este planteamiento la autora establece que es esencial recuperar en un diálogo contemporáneo y científico los principios Aristotélicos del naturalismo teleológico. Ya que con la idea de naturaleza en Aristóteles se puede recuperar un referente objetivo y universal que orien-

te las decisiones biotecnológicas y modere los fundamentalismos de biodiversidad en el *ethos* del científico que se dedica a cuidar o desarrollar la naturaleza. Dicho de otra manera, la naturaleza como principio insoslayable recupera la idea de que la ética son decisiones con buenas razones, que la bioética sea prudencial y no sólo subordinada a la legalidades de las ciencias de la vida. Esta bioética prudencial buscará poner en su sitio los campos de la biodiversidad y la biotecnología bajo los fundamentos y las razones que determinan la naturaleza de la vida. En resumen, para la autora el problema de la bioética en su enfrentamiento con los campos de la biodiversidad y la biotecnología es un problema de fundamentos. Pues la prudencia sólo puede actuar con razón bajo buenos fundamentos. Y estos fundamentos apuntan un realismo ético donde se descubre con evidencia una ley natural que no es un determinismo pasivista biológico, confusión fundamental de la modernidad, sino principios de acción objetivos que determinan el camino en que la vida se hace concreta. El realismo ético no pretende predeterminar a los seres, sino valorarlos por lo que son y pueden llegar a ser según al ley natural, según su naturaleza, que es establece como fuente de los contenidos de valor y de las decisiones sobre la vida.

Con ello, la autora pretende en este libro, profundo y sistemático, que la bioética aparezca como una disciplina estrictamente racional y objetiva, y no como algo por cuestión de fe o subjetiva, de ahí la importancia del naturalismo teleológico de Aristóteles y Sto. Tomás de Aquino. Lo cual a su vez nos cuestiona sobre el papel de la racionalidad en la vida humana, ya que éste es un viviente moral. Las tareas de esta bioética prudencial que propone la autora son: equilibrar la identidad personal de cada ser humano en un contexto sociocultural, equilibrar la concepción del mundo y de la vida simultáneamente con las fuentes de recursos materiales y de significado, y por último, el equilibrio jurídico y ético o entre el ser humano y la ética ecológica.

De esta forma, la naturaleza entendida como el principio intrínseco de generación de los seres, tanto formal como material, es a la vez algo dado que posee en sí misma el principio de todo cuanto pueda suceder y por otro, es el orden regular y constante. La naturaleza es 'le principio y la realidad que sustenta todo el dinamismo específico del viviente y tensionado hacía un ideal donde radican los propios fines.

Y este orden de tendencias y fines es necesario, y constituye el núcleo de la racionalidad bioética como prudencia.

De esta forma el libro está dividido en dos partes fundamentales: La naturaleza como un recurso moral y el *ethos* del científico. La primera parte, se divide a su vez en 4 capítulos: el marco filosófico de referencia, la naturaleza es un principio insoslayable, biodiversidad y biotecnología y finalmente, biodiversidad, biotecnología y bioética. La segunda parte está dividida en cinco capítulos: ética y éticas aplicadas, carácter irreductible de la vida humana, una lectura de los derechos humanos a la luz de la bioética, vida científica y moralidad, y finalmente, el *ethos* del científico. Validez científica de la *racionalidad* ética.

El libro sigue un esquema muy deductivo, como se puede observar, establece el marco de referencia filosófico inicial el realismo ético, posteriormente aplica estos conceptos de naturaleza a la biodiversidad y la biotecnología, para finalmente dar los fundamentos de la bioética. Así en la segunda parte, el *ethos* del científico se presenta como la coherencia y congruencia con esta *racionalidad* ética fundada en la naturaleza como principio moral y bien moral objetivo, para derivar de ahí las aplicaciones a diversas situaciones, y recobrar que el *ethos* científico no tiene porque ser privativo de la ciencia mismas, sino que una buena bioética prudencial es válida racionalmente para una buena ciencia racionalmente.



Facultad de Bioética

DOCTORADO EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de su Doctorado en Bioética el cual **dará inicio en agosto de 2007.**

Los requisitos de admisión son los siguientes:

1). Llenar solicitud y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia* del Título de Licenciatura.
- Copia* de la Cédula Profesional.
- Copia* del Certificado de estudios de licenciatura que incluya promedio de calificaciones.
- Copia* del Certificado de Estudios de Maestría.
- Copia* del Certificado del Grado de Maestría**
- Original del Acta de Nacimiento.
- *Curriculum vitae*.
- Copia del CURP.
- 4 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación académica o de experiencia laboral.

2). Entrevista personal con el coordinador del Doctorado. (solicitar cita).

* Las fotocopias de los documentos solicitados deberán ser certificadas ante Notario Público, o en su defecto, entregar fotocopia simple presentando en el momento de su entrega el documento original para su validación.

Fecha límite para la entrega de documentos: 20 de junio de 2007

PROGRAMA DE ESTUDIOS

El doctorado se cursa en cuatro semestres con clases los martes de 7:00 a 16:00 hrs.

Primer Semestre

- La Bioética en los tratados internacionales.
- Lineamientos del diseño de tesis doctoral.
- Seminario de argumentación I.
- Temas selectos de bioética aplicada.

Segundo Semestre

- Seminario de argumentación II.
- Estadística.
- Temas selectos de bioética clínica.

Tercer Semestre

- Normas jurídicas: elaboración y funcionamiento.
- Discernimiento y análisis ético.
- Seminario de investigación I.

Cuarto Semestre

- Derechos humanos y bioética. (opt)
- Tendencias contemporáneas de la ética.
- El hombre ese gran desconocido. (opt)
- Seminario de Investigación II.
- Seminario de Bioética (opt)

Informes:

Dra. Martha Tarasco Michel
Coordinadora del Doctorado
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 56270210 ext. 8319
7:00 a 14:30
E-mail: mtarasco@anahuac.mx



Facultad de Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la XII generación de su Maestría en Bioética la cual dará inicio el 14 de enero de 2008.

La Maestría en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 19 de febrero de 1998.

Requisitos de admisión:

1). Llenar solicitud la cual será proporcionada en la misma Universidad y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia del título profesional.
- Copia de la cédula profesional.
- Certificado de estudios de la carrera.
- **Original del Acta de Nacimiento.**
- *Curriculum vitae.*
- Copia del CURP.
- 6 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación de experiencia laboral o académica.

Fecha límite para la entrega de documentos: 30 de noviembre de 2007

2). Entrevista personal con el coordinador de la Maestría. (solicitar cita).

3). Una vez aceptado como alumno de la maestría, efectuar en la caja de la Universidad el primer pago de la misma.

Fecha límite para efectuar el pago en la caja: 7 de enero de 2008

PROGRAMA DE ESTUDIOS

La maestría se cursa en cuatro semestres con quince semanas de clases c/u y con nueve horas de clase por semana los días jueves de 7:00 a 16:00 hrs.

Primer Semestre

- Fundamentos de la filosofía.
- Antropología filosófica I.
- Fundamentos filosóficos del derecho.

Segundo Semestre

- Metodología filosófica.
- Legislación sanitaria I.
- La persona y el derecho.
- Conceptos básicos de medicina general.

Tercer Semestre

- Antropología filosófica II.
- Fundamentos filosóficos de la bioética.
- Legislación sanitaria II.

Cuarto Semestre

- Temas selectos de medicina.
- Bioética clínica.
- Seminario en docencia universitaria.

El costo por semestre es de aproximadamente. \$22,000.00 dividido en 5 pagos mensuales.

Informes:

Dra. Luz María Albisua Gorostízaga
Coordinadora de la Maestría
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074
E-mail: lalbisua@anahuac.mx



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1, 250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0

(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa

Coordinadora General de APABE Sede Nacional

Teléfono (55) 5251 82 93

E mail: ehamill@anahuac.mx

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name : _____
Institución/Institution: _____
Dirección/Address: _____

Ciudad-País/City/Country: _____
Código Postal/Zip Code: _____
Teléfono/Telephone: _____
Fax/fax: _____
Correo electrónico/E-mail: _____

Suscripción / Subscription Rates

Precios de suscripción / Subscription Rates

Suscripción/Subscription		Números Anteriores/ Previous numbers
México/Mexico:	\$ 150.00	\$ 50.00
América Latina/Latin America:	\$ 75.00 U.S. Dlls.	\$ 25.00 U.S. dlls.
Otros países/ Other countries	\$ 85.00 U.S. Dlls.	\$ 30.00 U.S. Dlls.

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander Serfin al siguiente número de cuenta: /Please make a deposit in Banco Santander-Serfin:

Desde México/From Mexico:

Banco/Bank: Santander Serfin
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC
No. Cuenta/Account number: 51-500651312
No. de referencia 0000LL07835081234186

Desde América Latina y otros países/From Latin America and other countries:

Banco/Bank: Santander Serfin, Sucursal 518, Módulo Anáhuac
Cuenta/Account: 51-50063292-6
CLABE/ABA Number: 014180515006329267
Plaza/City Country: 01 México D. F.
Beneficiario/Pay order to: Investigaciones y Estudios Superiores S. C.

Enviar por Fax ficha de deposito al (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742: Please send your



Facultad
de Bioética

Informes:

FACULTAD DE BIOÉTICA

Universidad Anáhuac

Av. Lomas Anáhuac s/n, Col. Lomas Anáhuac,

Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52786

Tel. 52 (55) 5328 8074 ó 5627 0210 Ext. 7146

Fax: 52 (55) 5627 0210 Ext. 8742

Correo electrónico: Bioetica@anahuac.mx

www.anahuac.mx/bioetica

Este libro se terminó de imprimir en Junio de 2007
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México D.F.
Tiraje 500 ejemplares
