

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1993/3

Dignidad de la muerte – La eutanasia y la profesión de enfermera – Realidad demográfica y mundial – La transmisión y la prevención del SIDA – Feto en riesgo por hiperplasia suprarrenal congénita – Edad materna y riesgo de malformaciones fetales – Debate sobre la filosofía



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM^{MR}

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

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

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en EQUUS Impresores, S.A. de C.V.
Calzada Azcapotzalco La Villa, Núm. 122
Col. Barrio San Marcos, C.P. 02020, México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

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

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls. Estudiantes, 15% de descuento.
Benefactores: \$120 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina 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.

3

VOLUMEN VI NUMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DE 1993

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica 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 - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe
Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi - Angelo Serra
Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel, Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinoza
de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo
Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	7
Pedagogía de la bioética. Un enfoque catequético de la bioética. <i>Giovanni Russo</i>	9
Dignidad de la muerte. <i>Dr. José Kuthy Porter</i>	37
La eutanasia y la profesión de enfermera. <i>Giuseppe Fasanella, Elisabettha Corda</i>	45
Realidad demográfica y mundial. Políticas que pretenden un cambio en los valores de la familia y de la sociedad. <i>Dra. Ma. de la Luz Casas Martínez</i>	59
La transmisión y la prevención del SIDA. <i>Francisco Javier Marcó Bach</i>	73
Feto en riesgo por hiperplasia suprarrenal congénita. ¿Cuáles son los límites éticos del diagnóstico y de la terapia fetales. <i>Antonio G. Spagnolo, María Luisa Di Pietro</i>	99
Debate sobre la filosofía. <i>Laura Palazzani</i>	121

EDITORIAL

La elaboración cultural y las fundaciones científica y catequética han inspirado a Giovanni Russo para describir, basado en el enfoque histórico, la evolución de la bioética desde la moral médica desarrollada por teólogos católicos, hasta la institucionalización de centros académicos con distintas proyecciones, y propone para los católicos una pedagogía que permita razonar con un mayor diálogo.

En este número, el Dr. José Kuthy Porter, en su artículo “Dignidad de la muerte”, presenta una visión de lo que es el respeto a la persona en el último momento de existencia. La muerte cuestiona al hombre durante su vida, y el Dr. Kuthy propone una ética en relación a este acontecimiento personal, que es también un compromiso social.

Y ya que la sociedad tiene el deber de organizar que la muerte no sea una ocasión más de injusticia y de discriminación, Fasanella y Corda puntualizan la acción que la enfermera tiene en la perspectiva del respeto al moribundo en cuanto a su derecho de ser respetado en toda su dignidad personal.

Sin embargo, los problemas éticos frente a la muerte son sólo un reflejo de lo que ocurre en relación al respeto del inicio de la vida.

La Dra. María de la Luz Casas nos comenta que desde 1974 se ha iniciado un movimiento de presión sobre la opinión pública en el sentido del control demográfico. Nuestra sociedad está inmersa en la idea de que la situación económica mejoraría si se lograra una disminución del crecimiento demográfico.

La autora desarrolla las políticas poblacionales de México, exponiendo las leyes en las cuales se basan. Explica la metodología anticonceptiva de que dispone el Sector Salud, comparándola con la recomendada a nivel mundial, y propone un programa de educación sexual basado en un concepto de reconocimiento de la dimensión de la persona y de su sexualidad.

Uno de los problemas derivados de la posición ética liberalista en el terreno de lo sexual, es el SIDA; epidemia mundial que paraliza la esperanza de las personas que lo padecen. Los métodos preventivos hasta ahora empleados han resultado incompletos y con eficacia limitada. Marcó Bach considera una transformación en la conducta sexual de la población como un método real de control de la enfermedad. En su artículo describe las vías de transmisión, aportando interesantes estadísticas. Así mismo analiza las causas de las fallas de los preservativos con una sustancial base bibliográfica.

En torno al inicio de la vida surge otro gran dilema ético, que es el del diagnóstico prenatal. La posibilidad de conocer, previo al nacimiento, diversas patologías que por antecedentes familiares se sospechan, abre la puerta a la terapéutica intrauterina. Pero cuando una alternativa de tratamiento no puede ser ofrecida a los padres, se les enfrenta a una situación de opción angustiosa, durante el resto de la gestación, entre el llevar a término el embarazo, o bien el aborto.

Spagnolo y Di Pietro presentan el caso clínico del feto con hiperplasia suprarrenal congénita y analizan el grado de confiabilidad de la técnica diagnóstica, la relación del riesgo y el beneficio del tratamiento prenatal, y el posnatal, exponiendo su criterio personal respecto a la conducta ética frente al diagnóstico intrauterino.

La sección de Literatura Internacional presenta interesantes artículos, donde nos exponen, en primera instancia la relación que se puede dar entre la edad materna y el riesgo de malformaciones fetales, y en segunda instancia la relación entre el uso de tejidos fetales humanos y la conexión con el aborto, tanto natural como voluntario.

Este número concluye con una sección nueva, fruto de la brillante aportación de la Dra. Laura Palazzani.

Dado que la Bioética es rama de la filosofía; aplicación y profundización de la misma en las ciencias de la salud; la posibilidad de analizar diversos temas bioéticos desde la perspectiva de autores en filosofía enriquece la base de sustentación científica de nuestra revista. En esta primera ocasión la Dra. Palazzani nos presenta tres visiones del concepto de persona, analizando los mismos y aportando sus propias conclusiones.

Pedagogía de la bioética. Un enfoque catequético de la bioética

*Giovanni Russo, SDB**

Resumen

En este artículo se presenta un extenso razonamiento y justificación de la posición de la Iglesia Católica en relación a la pedagogía de la bioética. Russo propone que la enseñanza de la bioética debe hacerse en estrecha relación a los principios morales de esta institución, con objeto de no confundir la “naturaleza” del ser humano. Además, le atribuye a la catequesis la alta responsabilidad de difundir los principios bioéticos que deben regir a los médicos y docentes de las ciencias de la salud.

Introducción

Un estudio dedicado a los fundamentos “catequísticos” de la bioética, objetivo nunca buscado hasta el momento, más que un ambicioso proyecto de investigación debería imponerse por las siguientes razones: a) la elaboración cultural de la bioética y su fundamentación racional tiene ya parámetros de valoración plausibles, coherentes y comunicables; b) la fundación científica de la bioética, siendo a la vez ética y poética, filantrópica y tecnológica, propone significativos cambios de paradigma a las tradiciones biomédicas de las sociedades cristianas; c) en la catequética católica, si bien ha sido siempre clásica la formación moral

*Universidad Pontificia Salesiana
Instituto Tecnológico “S. Tommaso”

acerca de la “naturaleza” del ser humano, hoy ha llegado a ser central por las diferentes posiciones y por la incertidumbre de la cualidad de la vida en el cosmos en el futuro.

El enfoque “catequético”, aunque es desconocido en la literatura, ha visto no sólo la historia sino la “prehistoria” de la bioética. Cuando inició como movimiento, a fines de los años sesenta, la bioética era, a lo más, la moral médica desarrollada por los teólogos, y los manuales “católicos” de moral constituyeron la primera fuente, tanto en los EE.UU. como en Francia. Fue en Italia donde se estructuró, formalmente, como movimiento, a partir del Pontificado de Pío XII y durante el período histórico crucial en el cual se tuvo la máxima expresión histórica de la ética médica en el campo católico, esto es, cuando el significado biológico de la vida tuvo que confrontarse con algunas orientaciones científicas sobre la pedagogía sexual y sobre la inseminación artificial.

En el plano de la historia del origen de la bioética, emerge con claridad el aporte “catequético-formativo” en la enucleación de la novedad bioética; aporte que se estructura en la exigencia del Magisterio católico sobre la improrrogabilidad del anuncio de la “verdad” acerca de la dignidad física y moral del hombre. Sin duda, al movimiento de la “institucionalización” de centros académicos y de investigación de la bioética (tales como el “Kennedy Institute” de la Georgetown University de Washington, D.C. y el “Hastings Center” en las cercanías de New York), se debe añadir un movimiento precedente de “formación” del Magisterio de la Iglesia Católica, acerca de la sexualidad y de la procreación artificial.

El elemento “teológico-catequético” cualificará la bioética en la imprescindibilidad de la referencia al Absoluto, para el cual hallan fundamento adecuado la absolutez de los valores éticos y la absolutez del valor persona. En este sentido, la teología resultará en la bioética en la medida en que lo exigirá el fundamento mismo de la ética. Y la catequética, como ciencia teológica y psicopedagógica, contribuirá, por su parte, a la puesta al día de los elementos bioexperimentales y filotecnológicos, dirigiéndose decididamente hacia la comprensión de la totalidad humana y metahistórica del hombre, especialmente en la exposición de los dinamismos “evolutivos” y de “educación de la fe”.

En este estudio, los elementos *catequéticos* y *formativos* de la bioética son considerados como un proceso “pedagógico-didáctico” de

orientación eclesial, que mira a la transformación socio-cultural de la cualidad de la vida a través de una “cualidad educativa”. *El advenimiento futuro de una mejor cualidad de vida del hombre pasa, antes que por el desarrollo de las tecnologías antropopoiéticas, por la entrega de la cualidad-verdad del ser humano. El hombre educado, el hombre virtuoso, será capaz de esto. Queremos confiar a lo que comenzamos a llamar “pedagogía de la bioética” tal tarea educativa.*

1. Pedagogía de la bioética. Fundamentos epistemológicos preliminares

a) De la bioética a la pedagogía de la bioética

La “bioética”, es decir la ciencia sistemática del hombre ético que investiga los ambientes y las leyes de la tecnogenia, transformadora del mundo biológico, se ha hecho del dominio común. Todos saben que las tecnologías aplicadas a los procesos de procreación, lo mismo que a los que se definen más propiamente de ingeniería genética, entran en su campo, en ese vasto proceso que al mismo tiempo argumenta filantrópicamente y filotécnicamente en la conciencia de las potencialidades benéficas y también catastróficas para el hombre y para la naturaleza.

Nacida históricamente como reflexión necesaria para la supervivencia de la humanidad en 1971, la bioética ha superado en forma suficiente el complejo catastrófico que impresionaba emotivamente la investigación y, superando el “puente de Potter”, se ha encaminado en la perspectiva de un saber metateórico, más allá de los mismos principios normativos y deontológicos. Así, se dirige no sólo a un nivel aplicativo acerca de la licitud tecno-auto-poiética del hombre, sino a la fundamentación misma de un saber conciente que la propia determinación pasa por la “convergencia de la idea de hombre”.¹

Muchos estudiosos, estructurando el propio análisis en fundamentalismos religiosos e ideológicos, han demorado considerablemente el camino, permaneciendo lejos de una visión de fondo que pueda unir las culturas sobre la convergencia de la idea de hombre. Por otra parte, el proyecto de una bioética “secular”, especialmente el angloamericano, nos parece que se ha detenido a este lado del puente.² Es decir,

preocupándose por salvar a toda costa el pragmatismo de las concretas situaciones biomédicas, se ha detenido a nivel normativo (que consiste en la elaboración de los principios conocidos de autonomía, no daño y justicia) o a nivel aplicativo (abarcando concepciones proporcionalistas acerca de un mejor equilibrio de los deberes en cuestión).

Actualmente, sin embargo, buena parte de la bioética quiere prescindir de una visión global del mundo y de la vida *basada en la "verdad"* ya que, desde el punto de vista ético, se sostiene que es imposible fundamentar criterios morales desde el plano de verificación ("veritativo").³ Se sigue de aquí la imposibilidad de desenvolver la madeja de los problemas bioéticos, puesto que no se daría *acuerdo* sobre la ley intrínseca a la naturaleza del hombre. Esto, además, conllevaría una desigualdad entre los hombres de diferentes culturas (piénsese en la transculturización de nuestras sociedades), en cuanto la idea y la identidad del hombre dependerían de la ideología dominante en una determinada cultura.⁴

De aquí la oportunidad, que proponemos como hipótesis de trabajo en el campo católico, de una virtuosa "formación" para la bioética, de una "pedagogía" que, partiendo del análisis verificador, haga surgir una racionalidad más "proteiforme" y más "dialogal". "Proteiforme" en el sentido de que sea a la vez seria y lúdica, pensamiento y sentimiento; proyectual, pero que sabe valorar lo pulsional. "Dialogal" en cuanto, purificada en su sensibilidad, acelera la disolución del poder y del tener típicos de la razón instrumental, pragmática y subjetiva.

b) Objeto y legitimidad de la pedagogía de la bioética

La "pedagogía de la bioética" querría ser una "investigación científica" de la función educativa de la Iglesia en el ámbito de las ciencias morales, acerca de la posición y el futuro de la cualidad de la vida del hombre en el cosmos. O bien, la promoción de una cultura de la vida, que acelere positivamente el cambio de la degeneración eco-vital hacia una recualificación de las exigencias de la existencia humana según verdad.

"Pedagogía de la bioética" es una expresión completamente nueva, cuya función es la de ordenar lógicamente conocimientos pedagógicos, biológicos y éticos en la comprensión de las leyes que regulan el equilibrio del ecosistema cualificado de la presencia y de la identidad del

ser humano.⁵ No se trata de una nueva moda, ni de una empresa promocional de propaganda eclesial, sino sólo de la conciencia educativa que la Iglesia tiene de estimular un diálogo franco y receptivo en el ámbito de la potencialidad de las ciencias de la vida. En efecto, la Iglesia, afirma el Concilio, “en el cumplimiento del mandato recibido de su divino Fundador, que es el de anunciar el misterio de salvación a todos los hombres y de instaurar todo en Cristo, tiene el deber de interesarse en la vida total del hombre, incluyendo la terrena, en cuanto está en conexión con la vocación celestial, y por tanto tiene una tarea específica en orden al progreso y al desarrollo de la educación”.⁶

Si bien la educación es tarea “pastoral” de la Iglesia, la pedagogía de la bioética no debe concebirse sólo como ámbito de la pastoral, sino que será parte integrante de la “doctrina” de la Iglesia, por la cual se deberá entender en la diaconía, que la Iglesia realiza para la sociedad y para la humanidad a través del ministerio *catequístico*. La función de este no es sólo la educación integral del hombre, sino esa “doctrina” especial que pasa por fe-liturgia-vida, de modo que todo hombre llegue al conocimiento pleno de la verdad, es decir, a la vida eterna: “conocerle a ti único Dios verdadero y a quien has enviado, Jesucristo, tu hijo” (Jn 17,3).

La *legitimidad* científica de la pedagogía de la bioética será eclesiológica. Hacer conocer y formar al hombre es, según la verdad de su ubicación histórica y según las leyes intrínsecas de su naturaleza de creatura, función filosófica y teológica de la Iglesia. Esto es especialmente verdadero en el campo de la bioética, con su reflexión sobre las tecnologías genéticas y transformadoras del ser humano, como también en el campo de la procreación, con los correspondientes sistemas reproductivos. Las potencialidades innovadoras, a este punto, han injertado un “nuevo” modo de concebir la posición histórica del hombre en el cosmos, y si no existe una “verdad” a cerca de la identidad del hombre y de las leyes de su naturaleza, toda transformación y manipulación innovadora se hace posible.⁷

En este punto convendría sopesar también las consecuencias en el plano metafísico y gnoseológico. La técnica de hecho puramente instrumental, positivo o negativo según el uso, se transforma en hecho “cultural”, por tanto, con una específica connotación ética; aquella cuyo asunto fundamental sería la manipulabilidad integral del ser humano por parte de otro. El “octavo día” de la creación, en el cual el hombre juega

a ser Dios, llega así a donde ni siquiera Dios puede llegar, es decir, manipular la libertad del hombre, de alguien que está ante él como “otro”.

c) Metodología curricular de la pedagogía de la bioética

“Formar” al pueblo de Dios, y en particular a los jóvenes, a través de la acción cultural y pastoral de la Iglesia en los oratorios, en los centros juveniles y en las escuelas es una misión urgente y muy importante. Una pedagogía específica de la ética clínica debe llegar a ser, nos parece, un compromiso central en las “escuelas de animación” de la Iglesia, una enseñanza curricular que capacite y prepare para hacer manejables y para saber ocuparse de las implicaciones éticas de la bioética.

El pedagogo no será un analista, un teórico, un administrador formal de entrenamiento de bioética. Demasiadas escuelas universitarias han planteado la enseñanza de la bioética en este sentido, con resultados negativos desde el punto de vista didáctico.⁸ Al interés de los estudiantes por los desafíos y los conflictos del tema no siempre correspondían en los docentes contenidos programáticos aptos para hacer superar una cierta indiferencia y apatía (‘qualunquismo’), que obligaran a un examen de conciencia, a una interiorización de los valores. *Pensar clara y críticamente la bioética, si bien es un curso, es un curso de acción, una invitación a tomar posición.*

Una finalidad pedagógica ciertamente no directiva, únicamente “positiva”, pero que debe tener claro el objetivo de colocar al educando en la “posibilidad concreta” de una integración personal *coherente*.⁹ Una pedagogía de la bioética, connotada en su misma definición por la acción formativa de la Iglesia no es, por esto, una mera obra promocional, una evangelización convincente porque pasa por el ministerio catequístico de la educación de la fe, sino que es “*la formación de una personalidad humanamente fuerte, capaz de resistir a relativismos y conformismos que debiliten, gracias al conocimiento de Cristo, hombre perfecto, cuyo seguimiento nos hace más humanos*”.

Esta es la transposición, en clave pedagógica, que nos parece eficazmente resolutoria del problema teórico *Bioethics and Virtue*, que tanto ha comprometido la reflexión de los filósofos, teólogos y médicos

en los últimos diez años (Shelp, *Virtue*). Aquí, virtud es el hombre virtuoso; el hombre educado y formado en sus hábitos; que no hace mucho esfuerzo para juzgar el bien ni para hacer el bien; que sabe dar cualidad a la vida, en cuanto se ha dejado cualificar por la vida. Es el que se ha dejado educar-cualificar por la vida y sabe discernir la cualidad de la vida. El advenimiento futuro de las mejores cualidades de la vida del hombre pasa, por tanto, antes que por el desarrollo de tecnologías antropopoiéticas, por la consigna de la cualidad-verdad del ser humano. En otras palabras, *el futuro y la historia de la bioética de mañana no puede llevar a considerar el hoy como prehistoria*.¹⁰

La pedagogía de la bioética desempeña, así, una función particularmente crítica en la “determinación” de la historia. Formalmente, el interrogante principal será el hombre y su historia en cuanto “interrogante”; en cuanto problema fundamental acerca de su posición en el futuro de la historia. Como valor problemático, por el pecado inherente a todo hombre, la respuesta a la pregunta pasará por la formación de conciencias que saben discernir Quién ha determinado la historia del hombre, Quién es el determinante, Quién cualifica la vida.

Los contenidos del interrogante serán luego objeto de la programación del *currículum* de la pedagogía de la bioética. Cuatro aspectos, organizados como núcleos temáticos, podrán contribuir a una estructuración útil del plan curricular: a) *el hombre en el universo de la bioética*: individuar problemas éticos tal como emergen socialmente de la práctica clínica, e identificar los conflictos sobre el presupuesto de que ellos nacen por los valores ocultos y no conocidos; b) *la identidad del desarrollo histórico de la bioética y los interrogantes sobre la calidad de la vida*: identificar las etapas principales de la bioética a partir de la “novedad” que marcaba respecto a la ética clásica médica y a la deontología profesional, considerando cómo los rasgos que la han hecho peculiar en su objeto se fundaban en el enfrentamiento entre las necesidades de la nueva sociedad acerca de una “mejor calidad de vida” y los interrogantes morales de las religiones, en particular de la religión católica; c) *los grandes temas de la bioética y los principios de solución*: a través de la exposición objetiva de los temas particulares, conducir a adquirir un conocimiento “objetivo” y sistemático de caminos éticamente justificables, subrayando *cómo* una ética laica, basada en principios “contractuales” o “proporcionales”, se revela inadecuada en último

análisis, y construir una gnoseología de la verdad en bioética, a partir de la teología y de la filosofía católica; d) *consecuencias socio-políticas y compromiso transformador para la promoción de una cultura de la vida*: el primado del valor de la vida humana en todos sus ciclos incluye la afirmación social de los correspondientes derechos fundamentales, por lo cual, aclarando la relación verdad-sociedades pluralistas, se ofrecerá una “propuesta” de efectivo compromiso en lo social (uno de los signos de nuestros tiempos podrá ser, por ejemplo, el voluntariado).

No entramos expresamente en las metodologías de saber organizar la pedagogía de la bioética en secuencias didácticas con subsidios específicos. Esa será tarea de los formadores correspondientes. Sólo advertimos que: a) deberá estar al servicio del educando y no deberá conllevar intereses particulares; b) considerará como básico del mismo proceso didáctico el Magisterio y la doctrina de la Iglesia Católica; c) sabrá discernir lo fundamental de lo secundario; d) organizará el contenido de la jerarquía de verdades independientes; e) comunicará las secuencias didácticas en forma sucesiva e interdependientes las unas de las otras.

2. Pedagogía de la bioética y catequética

a) Identidad de la catequética, Magisterio, “formación” bioética del pueblo de Dios

La “catequética” en su identidad, contenido, método, estructura y lenguaje se mueve hoy, según Juan Pablo II, entre la repetición habitual que rechaza todo cambio y la improvisación irreflexiva que trata los problemas con ligereza.¹¹ Redefinir, por tanto, la tarea y la naturaleza de la catequética en la misión de la Iglesia es cuestión de primera importancia, aun si la función catequética, estando vinculada a la tradición de la Iglesia sobre el perenne anuncio de la fe en Cristo Salvador, a través de la Palabra y de los sacramentos, no conoce más condicionamientos históricos que los que están vinculados a la actualización de las reformas litúrgicas y pastorales.

El gran interés contemporáneo por la catequesis y las solicitudes de renovación pueden considerarse ligadas a la búsqueda de un “estilo”, por

lo cual algunos estilos pueden llamarse demasiado tradicionalistas o conservadores, otros demasiado innovadores. Esto no quiere decir que la catequesis posconciliar, en su “organización científica”, no se haya esforzado en considerar a fondo sus relaciones con las ciencias teológicas, pedagógicas y pastorales. Sin búsqueda científica, toda solicitud de renovación se encontraría paralizada, dada la rápida evolución de la cultura contemporánea.¹²

Nace así, recientemente, una reflexión *científica* sobre el anuncio catequístico como proceso interpretativo, descriptivo y proyectivo del kérigma cristiano, con el fin de profundizarlo, interpretarlo y guiarlo: la catequética. Desde la perspectiva católica, esta se puede definir como *la investigación acerca de los estilos y las estructuras con los cuales apelar a la razón del hombre, para orientarlo hacia la adhesión al misterio de Cristo, con la práctica cristiana en la Iglesia y en el mundo. O también, el estudio sistemático de las etapas evolutivas y de iniciación con las cuales promover el anhelo de verdad de todo hombre hacia la plena madurez en Cristo, dentro de la tradición doctrinal y litúrgica de la Iglesia*. Sin duda, aun siendo claro también en estas definiciones el contributo de las ciencias psicopedagógicas y pastorales, la catequética, por la especial hermenéutica del objeto investigado, podría considerarse saber científico y especialización *a se* de la sagrada teología.

En la catequética, la formación *in moribus* del pueblo de Dios es, antes que discurso doctrinal y formativo, la experiencia viva de Iglesia como comunidad verdadera, en la que surge y va madurando la adhesión a Cristo. La experiencia de “autenticidad”, unida a un sentido de “libertad como nunca”, se convierte en el determinante de toda motivación para actuar: todo habla de Cristo, todo es amado en Cristo, todo es hecho en Cristo. Un cristocentrismo que no es un puro sentido de emotivo engreimiento en la conciencia de la irrupción del acontecimiento de la salvación en la propia vida, sino el fruto de una progresiva profundización del mensaje contenido en la comunicación personal y en el testimonio de quien ha, mistagógicamente, anunciado la Palabra, irradiando valores y virtud.¹³

Así, la catequesis “cristocéntrica” es la iniciación en la comunicación “personal”, sea por la Palabra que es ya una Persona, Jesucristo, sea por las personas comprometidas en la totalidad de su experiencia. Sigue a esto una comunicación personal, en la cual el “sí” definitivo de Cristo

a las expectativas del hombre y el “sí” del hombre al cumplimiento del Reino en la historia, se encuentran en la “opción por los otros”. En este sentido, la catequesis desarrolla verdaderamente su mandato, manifestándose como un esfuerzo progresivo para leer la vida y la historia en una relación profunda y viva, donde se reencuentra la propia vida al ofrecerla por los demás, al ejemplo de Cristo. Se realiza así un proceso de identificación entre el propio itinerario experiencial y las experiencias de Cristo y de la Iglesia.¹⁴

El hombre moral es el hombre *virtuoso*; el hombre que se ha dejado comprometer en el anuncio catequético; el hombre transformado en el espíritu por la gracia de los dones y de las virtudes bautismales; el hombre que no vive ya “según la carne” sino “según el Espíritu”, ese Espíritu que es vida y resurrección de una vida sin sentido, consumada en la búsqueda de cosas vanas y orientada por la búsqueda de un banal suceder de acontecimientos. Sólo el acontecimiento del Espíritu, iniciando y llevando “mas allá de las cosas”, convierte en eventos personales esas cosas que antes eran solo “cosas”.

El hombre virtuoso halla ahora llenas de “virtud” cosas que antes eran inanimadas, sin su justa dimensión y medida, esos conceptos que antes eran sólo “palabras”, lo cual significa que el encuentro con la Palabra es formación moral por acontecimientos y palabras que “desvelan” la historia. Todo aparece ya sin velos: qué es el mundo, qué somos nosotros, qué debemos hacer. Y también los mismos conceptos morales revelarán la *verdad*, en cuanto el encuentro personal con Cristo -como persona, no como concepto-, hace que los conceptos morales sean dictados en forma “personal” por Cristo mismo, puesto que no serán ya los catequistas los “portavoces” en el centro, sino que El y su doctrina se convertirán en el verdadero agente de la catequesis, El el catequista que comunica la verdad, esa verdad que es El mismo. “Es necesario decir que en la catequesis es Cristo, Verbo Encarnado e Hijo de Dios, el que es enseñado, y todo el resto lo es en referencia a El, y que sólo Cristo enseña, mientras que otro lo hace en la medida en que es su portavoz, permitiendo a Cristo enseñar por su boca”.¹⁵ *Todo catequista, como Juan Bautista, hace encontrar la persona de Cristo, luego sabe retirarse.*

“Quien os escucha, me escucha a mí” (Mt 10,40). En Cristo Maestro, el obispo enseña “por Su boca”, por lo cual su Magisterio contribuirá de modo especial al desvelamiento de la verdad moral, sea a través de la

predicación de la Palabra, sea a través del discernimiento de los carismas. *Catechesi Tradendae* subraya que la misión y el poder de enseñar han sido consignado por Cristo a los Apóstoles (@ 1 y 10), y su enseñanza es la comunicación de la Palabra del Señor mismo. Es más, la comunidad cristiana se constituye sobre el fundamento y la autoridad de los apóstoles. Las primeras comunidades cristianas hicieron ver una imagen permanente de la Iglesia que, gracias a la *enseñanza de los Apóstoles*, nace y se desarrolla por la Palabra del Señor (@ 10).

La Iglesia aparece, así, en posición de escucha asidua de la enseñanza de los Apóstoles, en la cual encuentra acceso a la Palabra del Señor mismo. En la perspectiva de la *Catechesi Tradendae*, la misión de enseñar aparece confiada a los solos Apóstoles y a sus sucesores. La extensión de la misión a toda la Iglesia es por “mandato”, “delegación” y “colaboración” de su autoridad; los obispos, sucesores de los Apóstoles, son los “catequistas por excelencia” (@ 63). El documento de Juan Pablo II subraya fuertemente que la catequesis se desarrolla bajo la alta dirección de los obispos, sucesores de los Apóstoles, con el Sumo Pontífice, “primer responsable” (@ 16); una responsabilidad “colegial”, adecuadamente ejercible en las conferencias episcopales, en comunión con el Papa, y de acuerdo con la Sede apostólica (@ 50 y 63).

Se advierte que no se trata de una enseñanza sólo “doctrinal”, o de una reducción de tal ejercicio en el denunciar y corregir los errores -si bien es un ministerio necesario (@ 63)-, sino de la “promoción, la orientación y la coordinación” de la actividad catequética (@ 16), para que sea “activa y eficaz” (@ 63), “bien orientada y bien estructurada” (@ 64). Ellos deben estimular las iniciativas y la creatividad, junto a una función de “vigilancia” (@ 4) y de “discernimiento” (@ 3); deben *velar sobre la “formación” de los agentes de la catequesis*, organizando también centros e institutos adecuados para la formación de los catequistas” (@ 71).¹⁶

El catequista, nombrado para esto, acogerá las oportunas orientaciones que provienen del Magisterio de la Iglesia, Obispos y Romano Pontífice, para desarrollar adecuadamente su ministerio en el anuncio de la verdad moral. La autoridad magisterial del ministerio ordenado, Papa y Obispo, y de los presbíteros en comunión con los supremos pastores, es también una autoridad en la cual el *munus docendi* se basa en un mandato preciso, el de Cristo mismo, único Maestro que “los establece para siempre como

columnas y apoyo de la verdad” (1 Tim 3,15), y el Espíritu Santo en Pentecostés confirmó este ministerio. De esto deriva que “el significado del Magisterio y su valor son comprensibles sólo en relación con la verdad de la doctrina cristiana y con la predicación de la verdadera Palabra”.¹⁷

Luego, en cuanto a una pedagogía de la bioética sexual y embriopoiética, se debe añadir que el Magisterio de la Iglesia, en relación a la ética de la sexualidad, de la familia y de la medicina, tiene una estructuración catequética de la verdad, por actuar “en Cristo”. Además, está en estrecha relación con la verdad del actuar moral “natural”, puesto que la norma moral mira al acto del hombre en cuanto este se ordena a la salvación eterna. Esto es especialmente importante para la catequesis adecuada del concepto de “naturaleza”, central en las cuestiones de bioética.

El problema discutido actualmente sobre la competencia verdadera del Magisterio de la moral natural es enseñado por la *Humanae Vitae* (nn. 1-6). La distinción entre normas morales reveladas y normas morales no reveladas no tiene ningún relieve *decisivo* para la determinación o la definición del ámbito preciso de la competencia del Magisterio. El *hecho* de que ellas sean enseñadas también en la Revelación no cambia su naturaleza, haciéndolas *esencialmente* diversas de las normas morales racionales, por hipótesis no reveladas. Ahora bien, el fundamento de la competencia del Magisterio no está establecido por el hecho de su explícita Revelación, sino por la naturaleza misma de las normas morales como tales, en fuerza y en razón de la cual (naturaleza) están incluidas en la Revelación.¹⁸ Además, la competencia del Magisterio para *todas* las normas morales es enseñada también, expresamente, por la *Dignitatis Humanae*: “por voluntad de Cristo la Iglesia Católica es maestra de verdad y su misión es la de anunciar y de enseñar con competencia la verdad de Cristo, y al mismo tiempo declarar y confirmar con autoridad los principios de orden moral que derivan de la misma naturaleza humana” (n. 14).

Esto exige también, evidentemente y en cuanto la sagrada vigilancia y la fiel exposición del depósito revelado, la enseñanza de todas las normas morales. De aquí la conclusión que la competencia magisterial comprende todas las normas morales, reveladas y naturales. De hecho, *ambas* premisas son reveladas, también la segunda. En efecto, es

revelado que la verdad es verdad *salutaris*; es revelado que la ley moral orienta al hombre hacia la *salvación eterna*. Son precisamente las dos razones que están en el fundamento de la afirmación que vigilancia y enseñanza del depósito revelado implican también la enseñanza de las normas.¹⁹

Este aspecto magisterial es verdaderamente decisivo en la pedagogía de la bioética, en cuanto asegura que la formación moral en la catequesis y en la pastoral juvenil es ciertamente síntesis entre el ethos objetivo y subjetivo desarrollado en la conciencia del hombre. Esto resultará cierto en una conciencia que es verdad del hombre, no solo racionalismo, o fenómeno absolutamente autónomo, como si el hombre en sus juicios y en sus decisiones morales pudiera proceder con propio arbitrio sin ninguna censura. Eran los sofistas, con su pensamiento ideológico, quienes sostenían que la medida no es la de la verdad objetiva de la realidad, sino el hombre, que según la conocida afirmación de Protágoras, es la medida de todas las cosas. Los hombres, sin embargo, son muy diversos entre sí y cada uno tiene su propia perspectiva. Por ello, lo que interesa es la afirmación del más fuerte, la lucha entre los intereses y la voluntad de poder.²⁰

Una pedagogía de la bioética que quiere formar al educando para la virtud, que lo capacite para una promoción de las mejores cualidades de vida, según cuanto la Iglesia ha entregado desde siempre tanto a los catecúmenos como a todos los fieles, considera la conciencia como una realidad esencialmente “relacionada” con Dios. Está *relacionada* con Dios y, más concretamente, *con la Ley Divina*²¹, en la cual se expresa la voz de Dios, su llamado al hombre racional y libre. La conciencia lleva inscrito dentro de sí, de modo indestructible, el *vínculo* con la ley divina, un vínculo que no es ofensa sino garantía de la dignidad de la conciencia. Lo que es “dado” no está fuera de la libertad, es una libertad *filial*, o sea que sabe reconocer que es rica sólo en el ser hija de Dios, creatura no creadora.²²

El mismo Juan Pablo II ha sostenido que “el conjunto de las verdades confiadas al ministerio de la predicación de la Iglesia constituye un todo unitario, como una especie de sinfonía, en la que toda verdad se integra armoniosamente con las demás”.²³ Y a propósito de la conciencia ideológica en relación al Magisterio, ha querido reforzar que “puesto que el Magisterio de la Iglesia ha sido instituido por Cristo para iluminar

la conciencia, invocar esta conciencia precisamente para rechazar la verdad de cuanto es enseñado en el Magisterio conlleva el rechazo de la concepción católica, tanto del Magisterio como de la conciencia moral. Hablar de dignidad intangible de la conciencia sin ulteriores especificaciones conlleva el riesgo de varios errores. Bien distinta es, en efecto, la situación en que se encuentra la persona que, después de haber puesto en acto todos los medios a su disposición en la búsqueda de la verdad, cae en el error, que aquella que por la aceptación de la opinión de la mayoría, creada a menudo intencionalmente por los poderes del mundo, se preocupa poco por descubrir la verdad”.²⁴

Ciertamente, puede ocurrir que el Magisterio, con la preocupación de servir en el mejor modo frente a opiniones juzgadas como peligrosas, pueda intervenir sobre cuestiones discutidas que, junto con los principios seguros, contengan elementos conjeturales y contingentes, por lo cual “ha ocurrido que documentos magisteriales no estuvieran exentos de carencias. Los pastores no han captado inmediatamente todos los aspectos o toda la complejidad de la cuestión, pero sería contrario a la verdad si, a partir de algunos casos particulares, se concluyera que el Magisterio de la Iglesia pueda equivocarse habitualmente en sus juicios prudenciales”.²⁵

Existe una “falibilidad” del Magisterio eclesiástico que, no obstante, no debe inducir a apoyarse sobre el *sensus Ecclesiae* como una garantía más amplia de verdad, una mejor “reexposición”, actualmente “mejor articulada”, yendo “contra” la organicidad que encierra el Magisterio en el servicio de toda la Iglesia como pueblo de Dios y colocando entre paréntesis los documentos de la tradición, en tal forma que “al conservar, practicar y profesar la fe transmitida se afiance una especial unidad de espíritu entre los Obispos y los fieles”.²⁶

La aceptación del Magisterio de la Iglesia por parte de los fieles no tendrá nada que ver, en la visión católica, con una sumisión servil, puramente mecánica, sin distinciones. Al Magisterio auténtico del Sumo Pontífice y al de los Obispos se debe un “religioso respeto de inteligencia y voluntad”,²⁷ un respeto fundado en motivos sobrenaturales. Quien ha encontrado la verdad, y está abierto a los estímulos del Espíritu, no juzgará la vida y sus problemas en bioética en irreductible contraposición entre las exigencias normativas de la dignidad ontológica de la persona humana, las tecnologías poiéticas y los sentimientos

subjetivos. Esta persona, creyente o no, podrá encontrarse con la bioética católica en la norma áurea, libre de tentaciones ideológicas de poder o de comodidad, del “tratar siempre al hombre como fin”. Para la investigación médica y la deontología profesional esto significará *darse* siempre a él en forma desinteresada. Hasta un cierto punto es posible comprender esto, aun en el marco de una moral construida simplemente a la luz de la razón. Igualmente, este don desinteresado al hombre en la investigación biomédica no es del todo inteligible fuera de la garantía ofrecida por Dios en el don de su misma persona a todos los hombres de buena voluntad, puesto que el hombre es siempre tentado por diversas formas de utilitarismo ideológico.²⁸

En una catequesis católica, el contributo “formativo” del Magisterio a la pedagogía de la bioética se sitúa, pues, en el centro mismo de nuestra investigación, es decir, en sus elementos de carácter general y de fundamento, en donde el hombre, en su más clara verdad, tiene una dignidad que trasciende todo enfoque clasificador (*‘categoriale’*) de las disciplinas involucradas, y a nivel experimental y poético o a nivel de actividad teórica ideológica. La enseñanza del Magisterio, por su carácter formativo, enriquece a la pedagogía de la bioética específicamente en su aspecto de ciencia psicopedagógica y pastoral, promoviendo el proceso educativo humano-cristiano del catequizando en la comunidad cristiana eclesial. Por esta colaboración, también el *método científico* de la catequética se enriquecerá más en su fase analítico-descriptiva, en donde la catequesis recoge y organiza los datos antropológico-morales que se encuentran en la comunidad eclesial y en los proyectos de vida de cada uno de los creyentes. Estos datos serán tomados en su profundidad en cuanto cribados en la riqueza de su verdad gracias al discernimiento apostólico realizado por el Espíritu Santo, y en cuanto encarnados coherentemente con la experiencia de fe y las programaciones pastorales de la Iglesia local.²⁹

b) El enfoque “catequético” de la bioética

Llevar “curación” a los hombres ha sido la acción soteriológica del médico divino. Sus palabras y su sacrificio sobre la cruz han curado al hombre de la mordedura de la Serpiente; las hojas del árbol de la vida del

Resucitado, como medicina, lo han curado. Por su voluntad, esta misma acción salvífica, ofrecida una vez para siempre, continúa en la predicación, en la catequesis y en la liturgia de la Iglesia, bajo la guía de los pastores, cuya virtud catequética es llevar curación y salvación. Una actividad terapéutica que, para decirlo con palabras de un conocido filósofo, restaura la moral del hombre de la “enfermedad mortal”, del mismo deseo de una verdad y de una libertad sin límites.

La bioética encuentra la catequética precisamente en esta confluencia soteriológica. La proclamación catequética del misterio de Cristo, como mensaje de salvación para el hombre, es “buena noticia”, es “evangelio”, es palabra de esperanza que da sentido y cualidad a la vida (cualidad propiamente *escatológica*), arrancándola del absurdo de la enfermedad y del sin sentido. Por otra parte, la promoción del anhelo de verdad hasta la plena madurez en Cristo es el proyecto humano de toda *pedagogía religiosa*, como es objetivo de la *paideia médica* colocar en armonía al individuo, ayudándolo a modelarse sanamente en forma cada vez más cercana al “ideal” fisiológico de su naturaleza.

En la catequética, como en la bioética, es claro, o mejor dicho nítido, que el modelo de humanidad está más allá del hombre como miembro de la especie y del hombre como personalidad moral empírica independiente, un modelo universal, el *hombre ideal*. No, el modelo de humanidad es la concreta realización de un “proyecto humano” universal dentro de biografías individuales y diferentes. En la catequética, como en la medicina, tal hombre ideal es objetivo de una *paideia*, de un proceso de educación que coloque en armonía los seres humanos singulares con el *logos* de la naturaleza humana. En la catequética, tal *paideia* consiste en ayudar al hombre a realizarse como hombre aceptando la llamada de Dios; en la medicina, en un compromiso de formarse las virtudes físicas de la salud, la fortaleza y la belleza, en armonía con las virtudes espirituales del valor, de la templanza y de la justicia.

La acción catequística se coloca como un servicio de *un crecimiento en la fe*, de una “*paideia* mistagógica” de los elementos morales y religiosos, como desarrollo coherente de las dimensiones religiosas (arquetipos divinos) sembradas por Dios en la conciencia de todo hombre. La catequesis, en cuanto obra de estimulación y de guía del camino de fe, es educación *liberadora* de la conciencia moral del hombre, es “levadura” que ensancha los rincones más estrechos del

corazón. *La dimensión pedagógica del anuncio catequístico es, esencialmente, “mayéutica” de la imagen divina, de la ley eterna de amor con la cual el Arquitecto divino proyecta la única e irrepetible historia personal.*

La paideia médica, por su parte, estimula el *logos sanus* de la naturaleza humana ideal en la cual todas y cada una de las virtudes sanitarias se integran en la configuración armoniosa de las esferas física y psíquica de la vida. *La obra “educativa” sanitaria no es pura prevención de la enfermedad, o simplemente promoción de posibles habilidades físicas, o actividad protectora y restauradora de condiciones “normales”. El ejercicio sanitario como “paideia” es más bien la representación del futuro ideal de la naturaleza humana en la forma como puede ser formado o construido actualmente (con base en la verdad del pasado). Sólo una “diagnosis” (‘prodiagnosis’) de la salud humana no separada de la “gnosis” puede cualificar adecuadamente la “profilaxis”.* Esto incluye además, en último análisis, que la libertad del paciente y la libertad del médico sean asumidas y que concluyan como responsabilidad en la verdad.

La búsqueda de la verdad, por la cual todo hombre persigue ideas y proyectos en el intento de responder a la pregunta “¿Quién soy yo?”, no se basa en la catequesis en filosofías puramente humanas o en esfuerzos de las mejores y más geniales inteligencias, sino en el fundamento de la “Revelación divina”. Aquí, el conocimiento de la dignidad del hombre hace referencia precisa a la Palabra de Dios. Y si en la bioética el discernimiento acerca del “valor de la vida” es primordial para encaminar las investigaciones científicas acerca de su *calidad*, el aporte “catequético” contribuirá notablemente a) llevando la luz de la Palabra de verdad a la solución de los problemas bioéticos acerca de la vida; b) iluminando al catequizando con el testimonio evangélico de tal valor.

Además, siempre dentro del tema de la responsabilidad en la verdad, la ubicación del argumento antropológico acerca de la *naturaleza* y la *definición de la persona* (“¿Quién soy yo?”), en la perspectiva catequética está en estrecha simbiosis con la argumentación bioética acerca de la “vida humana”. En la predicación de la Palabra, en efecto, la vocación y el significado de la persona se encuentran en su *vida*. Es en la vida en donde el hombre se encuentra unificado en su corporeidad, psiquismo, espiritualidad (“totalidad unificada”); y la vida es la expresión esencial

de la dignidad del hombre “imagen” de Dios vivo. *Como la totalidad unificada de la persona humana se refleja en el valor de su vida, por tanto, en la cualidad que tiene su vida, así el enfoque catequético da la adecuada forma de ser al discernimiento virtuoso de las cuestiones bioéticas.* La versión justa de la cualidad de la vida es la versión más “educada”, la versión formada por la pedagogía de la bioética.

El proceso formativo-promocional de las exigencias virtuosas de la catequesis y de la bioética se encuentra en la pedagogía de la bioética. El anhelo de la verdad, hasta la plena madurez en Cristo, será el “proyecto humano”, que animará la paideia catequética. La adhesión al plan y a la ley de la naturaleza humana como coherencia y unidad profunda con el propio ser, según la excelente imagen de la virtud sanitaria, será el contenido, el carácter, el estilo y el lenguaje mismo del logos que informa vitalmente la bioética.

Evidentemente la *formación virtuosa del “hombre ideal”*, objeto de la pedagogía de la bioética, está en *alternativa* con la idealidad humana propuesta por el cientificismo de la “eugenesia” de Galton, que pretende *mejorar* la naturaleza humana alterando la identidad, con base en proyectos de hombre preestablecidos, tenidos por “ideales” porque compaginan con las aspiraciones de ideologías sociales.

La preocupación principal de tal concepción está orientada a una óptima condición humana, salvando lo mínimo esencial de las cualidades que lo hacen “humano”. La cualidad de vida no se basa en las leyes de la naturaleza, sino en concepciones sociales preestablecidas con fines de poder y tenidas por ideales al punto de llegar a ser “leyes” sobre el *mejor destino humano*.

Nos parece, no obstante, que la *“evolución” positiva de la humanidad se debe basar en un “óptimo de humanidad”, que no sea una imagen ingeniosa y arquitectónicamente preestablecida de un nuevo futuro biológico. La promoción de las “mejores” condiciones humanas debe partir de nuevas bases de interacción social “educadas”, donde lo óptimo de humanidad es la aceptación y el respeto a la verdad de las leyes de la naturaleza del hombre, especialmente cuando esto conlleva la aceptación de la verdad de su “diversidad” sea ella embrional, genética o racial.* Y estas nuevas bases sociales son educables mediante la pedagogía de la bioética. El equilibrio vital del cosmos, en efecto, no está condicionado genéticamente, sino socio-pedagógicamente. Sin una

guía “pedagógica” específica, que determine la idealidad y la imagen más deseable del hombre, no se podría siquiera desarrollar una eugenética.

Una pedagogía de la bioética de inspiración católica, catequéticamente estructurada, contribuirá positivamente a superar esta visión del *cambio humano*, basada en el presupuesto social e ideológico de su “creaturalidad de transición”. *El hombre evolutivo no persigue su erosión*, el hombre es creatura y creador de la naturaleza. En la orientación de la Revelación cristiana y de la tradición de la Iglesia, el anuncio catequético acerca de la “naturaleza” del ser humano en la creación de Dios, y acerca de la verdad de su ley moral natural, ayudará a la bioética a no usurpar poderes que son sólo divinos.

c) Pedagogía de la bioética y catequética

El *kérigma del Evangelio* es “llamado a la razón” precisamente gracias a la catequesis. Esta última es iniciación para decir “sí” a Cristo, para “tener en cuenta” su Palabra. Y el esfuerzo sucesivo por *conocer cada vez mejor* el significado profundo de esta Palabra no es otra cosa que la catequesis. En el corazón del ministerio catequístico de la Iglesia hallamos así la “educación” del pueblo de Dios, su “formación”, su crecimiento en la Palabra de Cristo, a fin de que todo hombre observe los mandamientos de su Padre y permanezca en su amor (cf. Jn 15,10).

Precisamente en este sentido se puede construir la pedagogía de la bioética como ciencia “catequética”, es decir, por su adhesión *pedagógica* a la Sagrada Escritura, a la tradición de la Iglesia y a la enseñanza de los Apóstoles, en tal forma que el anuncio del ethos cristiano penetre la hermética científica de la bioética, educándola según esa *recta ratio*, la única que le puede permitir recorrer adecuadamente su camino de investigación.

La pedagogía de la bioética es ciencia catequética por su naturaleza metabioética, en cuanto informa los elementos contingentes y únicamente experimentales de las ciencias biológicas, con la experiencia de fe en Cristo. El anuncio del mensaje de Cristo, como propuesta metabioética, es “luz” de verdad en la hermenéutica de cualidades de vida auténticas, y “levadura” que fermenta y promueve las mejores transformaciones poiéticas posibles de la techne.

Henri Bergson ha profetizado en relación a una futura bioética con ethos puramente biológico-experimental, afirmando que la esencia de la moralidad, sea ella presión o aspiración, quizá algún día llegaría a ser de orden “biológico”.³⁰

Como consecuencia, los enormes descubrimientos de las ciencias biológicas -en endocrinología, en genética comportamental y molecular, en primatología y etología, y en las tecnologías productivas-, adelantarían a los moralistas como un tren en la noche, mientras ellos dormirían cubiertos con la certeza de sus doctrinas, según las cuales la conducta humana no podría ser reducida a principios biológicos. En verdad, paralelamente, podemos ver los encierros de los estudiosos de biología, que trabajan sobre el material genético sin apreciar cuanto argumentan los humanistas por las consecuencias comportamentales. Así, asistimos a la supresión de embriones o fetos en el seno de la madre o en probeta, considerados fríamente “material biológico”.

La catequesis de la Revelación cristiana lleva la biología a otros recorridos científicos cuyos componentes son más *software*. La vida humana no es un material cuyo componente sea “preparado” en laboratorio, sino que es “dada”. La vida es un “don recibido”, un acto del Creador, que ama darse a la creatura comunicándole su propia imagen. La vida es “sagrada”, porque participa del don del “Tres veces Santo” (cf. Is. 6,3). El hombre la recibe “en depósito y la administra, pero no como dueño. El hombre es señor de la vida -no sólo de la suya sino también de toda la creación-, pero su señorío está en el “cuidado”, porque sólo Dios es dueño de ella en sentido absoluto, por el simple hecho de que ella está *en sus manos*. El la ha plasmado con sus manos (cf. Gn 2,7), y “en sus manos está la vida de todo viviente” (Jb 12,10).

Como ciencia catequética acerca del anuncio cristiano del misterio de Cristo y de su vida, la pedagogía de la bioética, por su paideia especial debido a la cual se *deja educar* por la Revelación, dará nueva dimensión a los puntos sobresalientes de la manipulación de la vida humana que pertenece *sólo a Dios*, y pondrá su “señorío científico” sobre la vida y sobre la muerte en los “límites” de la obediencia a Dios. *El señorío científico no es libre arbitrio en la manipulación, puesto que es correlativo a la verdad y a la dignidad del hombre y al proyecto sabio del creador que el hombre conoce sólo en forma mínima y por Revelación de su parte.*

Dominar, controlar o recrear el mundo es la perfección de las ciencias biológicas, en la medida en que colocan su inteligencia en la verdad para conocerla y contemplarla, en la armonía del hombre sano y en las cualidades de su vida espiritual. Si las ciencias biomédicas no triunfan con éxito adecuado en las intervenciones somáticas es a menudo por la falta de integración de los elementos psíquicos y espirituales. *Es necesaria una paideia, una mayéutica de verdades no experimentales en las ciencias experimentales. La metodología experimental de las ciencias biológicas no es la pura inteligencia de un sistema bioquímico.*

No es suficiente trabajar sobre el funcionamiento de los sistemas biológicos como si los órganos o aparatos aislados que no funcionan fueran sólo pedazos de una máquina. Es necesario llegar al *hombre enfermo*, a las energías y a las cualidades más ocultas de su vida, y a esto no puede llegar una simple *filantropía médica* o un presupuesto ‘olístico’ (Nota del traductor: principio olístico: “El organismo vivo es un todo y el todo es más que la suma de las partes”), inalcanzable, y sin embargo necesario, de llegar a *todo el hombre*. No se puede continuar aceptando en bioética, hablando rigurosamente, una metodología basada en el *principio hermenéutico*, como si la ética (en nuestro caso la cualidad y el valor de la vida) fuera sólo la síntesis de los mejores datos; o una metodología sobre el *principio arquitectónico*, como si fuera prácticamente viable un “modelo” ideal, una clave de educación orgánica y válida para el futuro, que elaborara las implicaciones presentes en la Revelación y en los modelos (‘quelli’) antropológicos.³¹

Tal competencia arquitectónica es sólo del Espíritu. *Dejarse educar* por el Espíritu de verdad es para la bioética liberación de energías inescrutables y vigorosas.

Estructurada catequéticamente en la pedagogía de la bioética podrá penetrar la inteligencia del misterio del hombre con la *lógica de la fe*, como emerge de la comunidad que la profesa. Es la iglesia, como comunidad de fe, el lugar adecuado del conocimiento de las exigencias morales de la vida cristiana: es un conocimiento por Revelación y no puede ser confiado a una hermenéutica *ulterior*, o a un arquitecto que la elabora. Es la lógica de la fe la *norma normans* en cuanto obediencia de la fe a la Palabra de verdad, principio unificador en sí mismo, puesto que es el Espíritu que habla a las iglesias, profetizando e iluminando el futuro de la comunidad y de las cualidades de vida de los creyentes. El anuncio

y la catequesis de la fe en Cristo es, en efecto, más que una teología, es la vida, la liturgia, el testimonio de la comunidad. Y la doctrina de la fe de la Iglesia no es sólo teología; es profecía del Espíritu consignada al discernimiento de los Apóstoles.

Se puede aceptar tanto el principio arquitectónico como el hermenéutico sobre el presupuesto de una autoridad absoluta. En términos de verdad moral las varias articulaciones científicas, como las del estudioso, no pueden arrogarse tal prerrogativa, posible sólo en la interioridad de la conciencia; en el diálogo entre dos verdades absolutas, Dios y la conciencia. El hombre puede perder su vida precisamente porque, conociendo a Dios en la *verdadera* hermenéutica y en el *auténtico y único* modelo arquitectónico, puede rechazarlo. Es el pecado que Jesús define *imperdonable*, “el pecado contra el Espíritu Santo” (cf. Mt. 12,31-32).

Evidentemente, la catequesis que va más allá de un encuentro de grupo con el catequista o del plazo catequístico sacramental, es una experiencia de comunidad en sentido amplio, es la Iglesia local.

La pedagogía de la bioética es ciencia catequética por la opción tomada de *dejarse educar* por las determinaciones de virtud del Espíritu de verdad, que habla en el corazón del hombre y al cual se debe la obediencia. Una opción que nace del deseo del hombre tecnoantropoiético de una *exigencia de certeza* y de *intensidad de fe*, del cansancio de las revisiones psicológicas, prejuiciales, históricas, de la Revelación, sobre el presupuesto fundamental de la hermenéutica contemporánea, es *el análisis*. Un acariciado “cientificismo religioso” si bien puede inclinar al olvido de la Palabra en la catequética, en la bioética puede conducir a la emancipación de la verdad. La pedagogía de la bioética, acercando íntimamente la Revelación por la catequética, puede abrir un paso en el pensamiento bioético para una conciencia más variada, versátil y dinámica de las potencialidades científicas sobre la naturaleza y la cultura.

Si la formación bioética interpela a los pastores y a los catequistas no es para un acercamiento apologético de nuevos signos emancipadores en la historia. La pedagogía de la bioética no es una ciencia “restauradora”. Más bien, precisamente en cuanto pedagógica, es ciencia “poiética” como la bioética. La una como tecnogénesis transformativa del mundo biológico, la otra como poiesis de los procesos de desarrollo de la

educación religiosa. La pedagogía de la bioética es ciencia poiética en sentido catequético, esto es, una gradual y continua formación de la fe en perenne desarrollo, un adelanto continuo en el descubrimiento del valor y de la verdad de la vida, de su significado y de su cualidad en la Palabra que la salva, Palabra confiada a la catequesis mistagógica para el “crecimiento” hasta tanto la *vida del Espíritu* esté completamente en la *vida de la carne*.

Ciertamente, si el hombre antropopoiético se siente tan “mayor de edad” y tan “maduro” para sustraer de las manos de Dios (se ha dicho que en la Revelación la vida del hombre está en las *manos de Dios*) el sector de la vida y el juicio sobre su cualidad, para plasmarla independientemente del Dios de su creación, una iniciativa *apologética* puede afirmarse legítima. La ciencia experimental, como predominio y como verificación de lo que debe o no considerarse humano, corresponde a una nueva y *secular mens* creativa de un nuevo mundo, donde Dios es solo *una* de las dimensiones de la vida y donde la última palabra sobre la globalidad de las dimensiones se corresponde a la recuperación providente de la ciencia. El hombre de hoy “es más conciente de su poder sobre la naturaleza y sobre la historia. Sabe que es creador de su cultura y de un nuevo humanismo. Ayer se subrayaba que la historia estaba guiada por la Providencia, hoy se niega la Providencia, pero es imaginada en otra forma”.³²

En la pedagogía de la fe de la catequética, la bioética no es el *humanismo secular* de la bioética de Engelhardt, que busca una “moralidad común” y una “convergencia sobre la idea de hombre”, desacralizando fenomenológicamente los procesos religiosos que, por otra parte, habían dado origen a la bioética.³³ Es, en cambio, un posible y adecuado “señorío” del hombre científico sobre la tierra, *a través* de ese más amplio conocimiento de la revelación de Dios, señor en el cielo. La pedagogía de la bioética subrayará este “a través”, puesto que si el hombre puede conocer el *orden creatural*, lo puede conocer no en la exclusividad de una “positividad” de las ciencias que no tolera el elemento espiritual, y que tiene necesidad de desacralizar para afirmar su científicidad, sino en cuanto el *orden supracreatural* de la fe puede confluir a las fuentes canónicas científicas, simplemente porque el “aliento redentor de Cristo, cuando sobre la cruz “entregó el Espíritu” (Jn 19,30), cura el cuerpo y el espíritu, la positividad y la espiritualidad.

Además, si la catequesis es anuncio de una profecía del presente y del futuro, lo es porque cree en la *pedagogía de Dios* en la historia, esa pedagogía *escatológica* que permitirá a Dios, gracias a los “sacramentos”, *compartir su vida con los hombres*. La misma cualidad física de la vida del hombre será neumatizada en Dios (por el Neuma divino: vida según el Espíritu), por lo cual el don de la propia vida, de la propia sangre, de los propios órganos, manifestará y desarrollará energías y cualidades de vida completamente oscuros y latentes en una bioética unilateralmente secular.

Virtudes sanitarias y valor de la fe serán la “musculatura” de una corporeidad vivida ya en el Espíritu, una musculatura cuya fuerza manifiesta una *alta cualidad de vida*: aquélla en la cual toda la vida se convierte en una liturgia de alabanza a Dios, donde también el inerte tiene la fuerza del martirio de Cristo.³⁴ Se debería, por tanto, comprender que la crítica de una catequesis preparatoria a los sacramentos, en favor de una catequesis de la educación de la fe, muestra escasa inteligencia teológica. Liturgia y sacramentos son estados, y nos parece que deben permanecer como tales, el punto de partida y de llegada de la catequesis católica.

La pedagogía de la bioética no puede conducir al conocimiento y a la posesión de una alta cualidad de vida sin los sacramentos. Y esto porque esencialmente la alta cualidad de vida es una introducción al misterio pascual, un esperar la salvación, una amistad que salva de la “descalificación” de la vida sujeta siempre a las insalubres y descalificantes fuerzas del pecado. Salubridad y cualidad de vida, cristianamente hablando, son únicamente don pascual del Padre en Cristo Redentor, comunicadas a los creyentes en virtud del Espíritu que actúa en los sacramentos.

La bioética contemporánea exige una *economía de la cualidad de vida*, como principio de humanización del hombre tecnopoietico. Mucha bioética, cansada de las mistificaciones del personalismo cristiano, ha buscado una liberación del cuerpo *más allá* de la persona, pero sin una economía de fondo como guía de la nueva “individuación corporal”. La *característica* del hombre no puede ser únicamente su corporeidad. Es grandeza del ser humano, pero también miseria. La absolutización de la corporeidad, a fin de cuentas, podría ser un sueño para “disfrazar el propio cuerpo”, cuya cualidad se tiene por inaceptable.³⁵

En cambio, *la economía de la cualidad de la vida, encaminada según un designio de amor, que Dios conduce en la pedagogía de los sacramentos, puede ser el bisturí más apto para las cirugías de las cualidades de la vida de las nuevas corporeidades. Frecuentemente las nuevas somatofilias descuidan la densidad y el peso del ser, incapaces con sus propias fuerzas de superar las descalificaciones del mal.*

Una pedagogía de la bioética, como actitud espiritual de la Iglesia, puede tener una razón para ser canónica, capaz de promover y desarrollar una mejor familiaridad entre la industriosisidad de la poiesis bioexperimental y el pedagógico incremento de la vida espiritual. Este aporte fundamental, orientado “catequéticamente”, es anuncio, exposición, enseñanza, testimonio, educación e iniciación a las cualidades más altas de la vida.

Notas

1. RUSSO, G., *Sessualità ed embriopoiesi nella genesi della bioetica in Italia*, ITST, Messina 1992.
2. ENGELHARDT, T. H. (Ed), *Bioethics and Secular Humanism: the Search for a Common Morality*, SCM Press - Trinity Press International, London-Philadelphia 1991.
3. RUSSO, G., *Magistero cattolico, verità, metafisica. Analisi filosofica e teologica degli interessi ideologici nella bioetica*, Palestra del Clero 70(1991)853-886.
4. RUSSO, G., *La vérité et les présupposés idéologiques de la bioéthique contemporaine*, *Catholica* 31(1992)6-11.
5. Nuestro enfoque “educativo” de la bioética no tendrá nada que ver con el de BAUM, R. J., *Bioethics Education: Ethics and Engineering Curricula*, The Hastings Center, Hastings on Hudson, N.Y. 1980; CARSE, A. L., *The “Voice of Care”: Implication for Bioethical Education*, *Journal of Medicine and Philosophy* 1(1991)5-28; CLOUSER, K. D., *Teaching Bioethics: Strategies, Problems and Resources*. Monograph on the Teaching of Ethics IV, The Hastings Center, Hastings on Hudson, N.Y., 1980; DOXIADIS, S. A., *The Teaching of Medical Ethics*, *Journal of Medical Education* 2(1988)85-87; ELKINS, T. E., *Introductory Course in Biomedical Ethics in Obstetrics-Gynecology Residency*, *Journal of Medical Education* 4(1988)294-300; FOTION, N., *Teaching Medical Ethics in the Future*, *Yonsei Medical Journal* 2(1985)128-141; HO PING KONG, H. et al., *Teaching and Learning Clinical Medical Ethics During Residency Training*, *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* 6(1988)423-426; LANGFORD, M. J., *The Moot Court in Teaching Bioethics*, *Nurse Education Today* 1(1990)24-30; McCULLOUGH L. B.,- JONSEN, A. R. (Ed), *Bioethics Education: Diversity and Critique*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 16(1991), n.1, 1-130; PELLEGRINO E., et al., *Relevance and Utility of Courses in Medical Ethics: A Survey of Physicians’ Perceptions*, *The Journal of American Medical Association* 253(1985)49-53; ROSS, J. W., *Great Moments in Medical Ethics Teaching*, *Hastings Center Report* 1(1991)2-3; SOLOMON, M. Z., et al.,

Toward an Expanded Vision of Clinical Ethics Education: From the Individual to the Institution, Kennedy Institute of Ethics Journal 3(1991)225-245.

6. *Gravissimum Educationis*, Proemio.

7. GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid 1989.

8. PELLEGRINO, E. D., - McELHINNEY, T. K., *Teaching Ethics, the Humanities, and Human Values in Medical Schools: A Ten-Year Overview*, Institute of Human Values in Medicina, Society for Health and Human Values, Washington, D.C., 1981; BARNARD, D., *Residency Ethics Training: A critique of current trends* Archives of Internal Medicine 148(1988)1836-1838.

9. Cf TOMMASO D'AQUINO, III *Sent.*, d. 19, q. 1, a. 1. Una no directividad en tal sentido se da en GATTI, G., *Educazione morale come formazione del carattere*, Salesianum 50(1988)485-508, spec. 489-491.

10. Sobre la formación a la virtud como es entendida por nosotros: ABBA, G., *Una filosofia morale per l'educazione alla vita buona*, Salesianum 53(1991)273-314.

11. GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione apostolica Catechesi Tradendae*, 16 ottobre 1979, 17, Acta Apostolica Sedis 71(1979)1277-1340.

12. SACRA CONGREGAZIONE DEL CLERO, *Direttorio Catechistico Generale*, 11 aprile 1971, Libreria Ed. Vaticana, Roma 1971 en Acta Apostolicae Sedis 64(1972)97-176 y en Enchiridion Vaticanum, vol. 4, Ed. Dehoniane, Bologna 1978, 453-654.

13. MAYMI, P., *Pedagogía religiosa*, Ed. San Pio X, Madrid 1980.

14. ALBERICH, E., *Catequesis y praxis eclesial*, Central Catequística, Madrid 1983.

15. *Catechesi Tradendae*, 6.

16. FOSSION, Cf., *La catéchèse dans le champ de la communication. Ses enjeux pour l'inculturation de la foi*. Cerf, Paris 1990, capítre 2.

17. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione sulla vocazione ecclesiale del teologo*, 24.5.1990, 14, Acta Apostolicae Sedis 82(1990)1550-1570.

18. RUSSO, G., *Magistero cattolico, verità, metafisica...* 869-871.

19. CAFFARRA, C., *Le competenze del magistero nell'insegnamento delle norme morali determinate*, Anthropotes 4(1988)7-25.

20. KASPER, W., *Teologia e Chiesa*, Queriniana, Brescia 1989; RUSSO, G., *Magistero cattolico...*, 861.

21. *Gandium et Spes*, 16.

22. RUSSO, G., *Libertà nella filiazione*, Palestra del Clero 80(1991)593-614.

23. *A los participantes en el Congreso Internacional de Teología Moral*, L'Osservatore Romano, 2 diciembre 1988.

24. *Ivi*.

25. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione sulla vocazione ecclesiale del teologo, oc*, 24.

26. *Dei Verbum*, 10; COMMISSIONE TEOLOGICA INTERNAZIONALE, *Las relaciones mutuas entre Magisterio Eclesiástico y Teología*, 6 Junio 1976, tesis 3 inciso 2, *Enchiridion Vaticanum*, vol. 5, Bologna 1979, 2032-2053.

27. *Lumen Gentium*, 25.

28. RATZINGER, J., *La bioetica nella prospettiva cristiana* Civiltà Cattolica III(1991)465-474.

29. FRATTALLONE, R., *La morale nella catechesi. Memoria e progetto*, Ldc, Leumann 1986.

30. BERGSON, H., *Les deux sources de la morale et de la religion*, Presse Universitaires de France, Paris 1965. p. 140.

31. FRATTALLONE, R., *La morale nella catechesi...*oc 126.

32. RIVA, S., *La contestazione nella catechesi. Informazione e documentazione*, Antonianum-La Scuola, Roma-Brescia 1971, 33.
33. ENGELHARDT, T. H. (Ed), *Bioethics and Secular Humanism...*oc, 14-15.
34. RUSSO, G., *Morale cristiana come liturgia della vita. Spunti di teologia sistematica circa el trattato di morale fondamentale*, Ephemerides Liturgicae 105(1991)449-467.
35. Nuestra crítica se refiere por ejemplo a FERRAROTTI, F., *Una teologia per atei*, Laterza, Bari 1983. Como también a la centralización erótica de ACQUAVIVA, S., *In principio era el corpo*, Borlo, Roma 1977.

Referencias bibliográficas

- GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione apostolica Catechesi Tradendae*, vol. 6, Ed. Dehoniane, Bologna, 1980.
- CONCILIO ECUMENICO VATICANO II, *Dichiarazione Gravissimum Educationis*, Enchiridion Vaticanum, vol. 1, Ed. Dehoniane. Bologne, 1980.
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, Tipografia poliglotta Vaticana, Roma 1987.
- COMISION EPISCOLAP DE ENSEÑANZA Y CATEQUESIS, *Orientaciones pastorales para la catequesis en España, hoy*, EDICE, Madrid 1985.
- Ley 35/1988, 22 noviembre*, Técnica Reprod. Asist, Bol Uf, n282, 24 nov. 1988.
- MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO, *Proiecto de Decreto Real relativo alla Comis. Nal. por la Riproduc. Asist.*, Madrid 1990.
- COMISION DE ESTUDIO FEC. IN VITRO, *Fiv e Inseminacion Artificial*, 10 abril 1986.
- ALBERICH, E., *Catequesis y praxis eclesial*, Central Catequística, Madrid 1983.
- BARNARD, D., *Residency Ethics Training: A Critique of Current Trends*, Archives of Internal Medicine 148(1988)1836-1838.
- BAUM, R. J., *Ethics and Engineering Curricula*, The Hastings Center, Hastings on Hudson, N. Y. 1980.
- BONE, E. - MALHERBE, J. F., *Engedres par la science*, Ed. du Cerf, Paris 1985.
- CLOUSER, K. D., *Teaching Bioethics: Strategies, Problems and Resources*. Monograph on the Teaching of Ethics IV, The Hastings Center, Hastings on Hudson, N. Y. 1980.
- DE MEESTER-MEYER W. (Ed.), *Bioéthique dans les années '90*, tt. 1-2, Omega Editions, Gent 1987.
- ENGELHARDT, H. T. Jr., *Bioetics and Secular Humanismo: the Search for a Common Morality*, SCM Press - Trinity Press International, London - Philadelphia 1991.
- FRATTALLONE, R., *La morale nella catechesi. Memoria e progetto*, LDC, Leumann 1986.
- GAFO, J. (Ed), *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comilias, Madrid 1988.
- GRACIA, D., *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989.
- MAYMI, P., *Pedagogía religiosa*, Ed. San Pio X, Madrid 1980.
- MALHERBE, J. F., *Pour une ethique de la medicin*, Larousse, Paris 1987.
- McCOLLOUGH, L. B. - JONSEN, A. R. (Ed), *Bioethics Education: Diversity and Critique*, The Journal of Medicine and Philosophy 16(1991), n. 1, 1-130.
- McINTYRE, A., *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona 1987.

G. RUSSO

MOHR, H., *Natur und Moral, Ethik in der Biologie*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1987.

PELLEGRINO, E., D. - McELHINNEY, T. K., *Teaching Ethics, the Humanities, and Human Values in Medical Schools: A ten-Year Overview*, Institute of Human Values in Medicine, Society for Health and Human Values, Washington, D. C., 1981.

RUSSO, G., *Fondamenti di Metabioetica Cattolica*, Edizioni Dehoniane, Roma 1993.

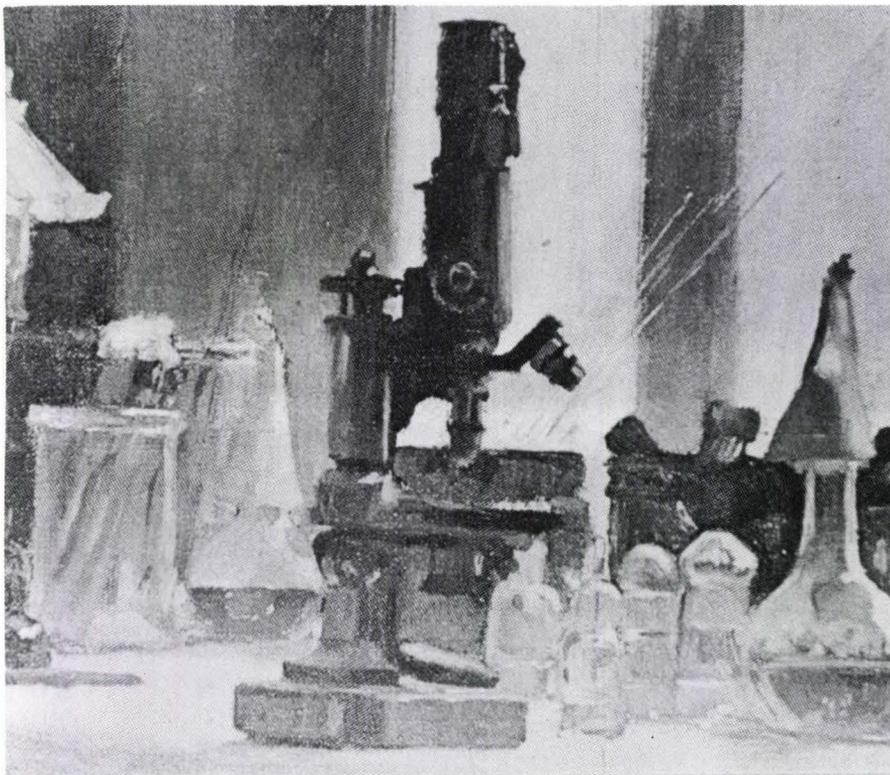
RUSSO, G., *Magistero cattolico, verità, metafisica. Analisi filosofica e teologica degli interessi ideologici nella bioetica*, Palestra del Clero 70(1991)853-886.

RUSSO, G., *Sessualità ed embriopoesi nella genesi della bioetica in Italia*, ITST, Messina 1992.

RUSSO, G., *La vérité et les présupposés idéologiques de la bioéthique contemporaine*, *Catholica* 31(1992) 6-11.

SAILER, M., *Medizin in Christlicher Verantwortung*, Ferdinand Schöningh, Paderborn-München-Wein-Zürich 1982.

SHELP, E. E. (Ed), *Virtue and Medicine. Exploration in the Character of Medicine*, D. Reidel Publishing Co., Dordrecht-Boston-Lancaster 1985.



Laboratorio de Pasteur, Amédée Buffet, Instituto Pasteur, Paris

Dignidad de la muerte

*Dr. José Kuthy Porter**

Resumen

Los notables avances logrados durante los últimos años en la tecnología diagnóstica y terapéutica han permitido que portadores de patología, antes necesariamente fatal a corto plazo, alcancen una sobrevivida mayor. Es así como los métodos de diagnóstico oportuno del cáncer y su tratamiento a través de mejores técnicas quirúrgicas, de novedosos métodos de quimio y radioterapia, han permitido no sólo sobrevividas más prolongadas, sino también, con frecuencia, su curación. Los logros alcanzados en trasplantes de órganos a través del conocimiento de la inmunología y del empleo de la quimioterapia más eficaz, que impide el fenómeno de rechazo, constituyen otro de los aspectos importantes para una mayor sobrevivida de los enfermos antes incurables. Por otro lado, cada vez son más los médicos y personal paramédico interesados en la geriatría, de tal forma que se conocen mejor las características anatómicas, funcionales, requerimientos nutricionales, respuesta del anciano a los medicamentos, así como la patología degenerativa más frecuente en este.

Son también notables los avances logrados en la tecnología de los métodos de apoyo en la sala de cuidados intensivos: aparatos mecánicos para mantener el equilibrio cardio-respiratorio, respiradores mecánicos, ventiladores, monitores, apoyo a la desnutrición parenteral, así como nuevos antibióticos que permiten un mejor control de las infecciones.

* Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac, México.

Todo esto manejado por médicos y personal paramédico con conocimientos profundos y con la especialidad de “cuidados intensivos”, ha permitido una mayor sobrevivencia a enfermos antes condenados a una muerte prematura. Conocimientos y métodos que, por otra parte, además de hacer más factible “el ensañamiento terapéutico” en pacientes con franca “muerte cerebral”, han aumentado enormemente el costo de la atención médica.

Dignidad de la muerte. Conceptos bioéticos

└ Cada día se suscitan más controversias a cerca de la manera de atender a los moribundos, el derecho de cada cual a escoger el momento en que habrá de morir, la definición de la muerte, los aspectos psicológicos de los moribundos, la atención espiritual que deba prodigárseles, los fondos que deban asignarse al cuidado de pacientes irrecuperables, “el suicidio asistido” por un médico, la necesidad de hidratar y alimentar artificialmente a un enfermo en fase terminal, etc.

└ Todos estos aspectos ocasionan diversidad de conflictos bioéticos y en suma resultan del rechazo del concepto muerte -muerte que, por otra parte, es la única realidad que nadie puede negar. Sufrimiento y muerte siguen siendo misterios que jamás se podrán desentrañar claramente, aun cuando no los excluye el campo de la investigación biomédica.¹

└ Los teólogos modernos se han fijado en la muerte como acto personal que termina la existencia terrena de un ser humano, pero a la vez la consuma. Así, la actitud del hombre no es ya meramente pasiva de cara a la muerte, y ésta es distinta para el justo que para el pecador, en opinión de Rahner,¹ por ejemplo -opinión aceptada y desarrollada por muchos teólogos-, la muerte es consumación activa, autorrealización madura que engloba lo que cada persona ha hecho de sí misma durante su vida.

La tradición cristiana, en efecto, parece describir más claramente la experiencia de Cristo, que ofreció su vida en lugar de dejársela arrebatar, y completó su amor y generosidad en un postrer acto de obediencia al Padre: “todo está consumado”. No sólo los pastores de almas, sino también cuantos se ocupan de curar los cuerpos, enriquecerán su propia vida y la de sus pacientes si logran inculcarles esta noción de la muerte.

El miedo a la muerte

Siendo humanos, como lo somos, médicos, enfermeras y personal paramédico tendemos a rehuir cualquier fenómeno que engendre temor o asombro. La muerte es uno de tales fenómenos, que comprende una mezcla de miedo y respeto.]

Nos vemos tentados a evitar todo enfrentamiento directo con el “mal” que nos representa la muerte.² Tanto teólogos como filósofos han catalogado los efectos de este miedo: “cuando los profesionales de la salud se dejan llevar por el temor, engañan con frecuencia a sus pacientes en cuanto a su condición real, descuidando la necesidad que tienen de comprensión y consuelo. Se pierde así una valiosa oportunidad de crecimiento espiritual, tanto para el paciente como para el que lo asiste, y la ocasión de ayudar a otro ser humano a fin de prepararse para la muerte”.³]

Para superar el temor y ayudar a las personas a bien morir, los médicos debemos aprender a dominar la tensión emocional que corre pareja con el sufrimiento y la muerte, y enfrentarnos con los dilemas éticos o morales que a veces se presentan.] Nuestra labor no consiste sólo en ayudar al paciente en fase terminal a superar su miedo, su cólera o depresión, sino igualmente en hacer que los miembros de nuestro equipo (enfermeras, técnicos, etc.) participen en el acontecimiento de la muerte de una manera positiva, aun para ellos mismos.

Los profesionales de la salud que adoptan una postura de poder ilimitado en el proceso de curación se mueven en un terreno totalmente falto de realismo.

Los que asisten a los moribundos tienen ante sí tres opciones:

1. Hacer caso omiso del paciente en su último trance y llegar, así, a un extremo del endurecimiento y hastío en su labor con ese tipo de enfermos.

2. Entablar una relación personal y sincera con el moribundo, pero sin saber qué hacer con los propios sufrimientos.

3. Entablar la misma relación en un plano de absoluta franqueza, es decir, reconociendo la tensión psicológica a la que tanto ellos como sus pacientes se ven sometidos.] Esta última opción puede enseñar al médico y al personal paramédico a valorar la experiencia de ayudar a un

semejante a sufrir y morir, ya en un contexto explícito de fe cristiana, ya en otro de mera apertura a un futuro misterioso.

¿Continuar o suspender el mantenimiento de la vida?

U Prolongar la vida es igualmente una de las necesidades básicas del hombre, y aunque la vida humana es un gran bien, del que dependen otros muchos bienes fundamentales, no es el bien supremo. A veces, pues, la opción por otro bien puede llegar a justificar el sacrificio indirecto de la vida humana. En tales circunstancias uno no escoge la muerte sino otro bien, previendo que la muerte se seguirá como efecto indeseado de esa opción.

Tanto el raciocinio filosófico, como la doctrina de la Iglesia, indican que no es necesario prolongar la vida a toda costa.⁴

El modo tradicional de exponer las razones que justifican la negación o suspensión del mantenimiento artificial de la vida (dejando así que muera una persona) consiste en declarar que no hay que prolongarla si los medios para ello son ineficaces o imponen una grave carga.⁵⁻⁷ Aunque estas dos razones para negar o suspender tales cuidados son tradicionales, en la literatura médica y moral deben entenderse con claridad y se han de aplicar correctamente. Por ejemplo, ¿en qué sentido se habla de medios eficaces?, ¿o con relación a qué fin puede algo ser una grave carga?

El Papa Pío XII respondió ya a estas preguntas, subrayando que el objetivo espiritual de la vida es la meta suprema a la que debe tender la asistencia médica, y por la que ha de evaluarse su eficacia. En un discurso, a menudo citado, declaraba: “Habitualmente (tratándose de prolongar la vida) sólo es obligatorio el empleo de los medios ordinarios -según las circunstancias de personas, lugares, épocas y culturas-, es decir, los que no imponen ninguna carga extraordinaria para uno mismo o para otro. Una obligación más estricta sería demasiado onerosa para la mayoría de los hombres y haría muy difícil la adquisición de bienes superiores y más importantes. La vida, la salud y toda actividad temporal están, en efecto, subordinadas a fines espirituales”.⁸

Los medios para prolongar la vida pueden negarse o retirarse si se revelan ineficaces en ayudar a una persona a procurar el fin espiritual de

su vida o si, aun teniendo este fin, imponen a dicha persona una carga extraordinaria.

Determinar si el mantenimiento artificial de la vida es o no una responsabilidad moral no depende de la pregunta “¿cuánto tiempo puede durar el paciente si se aplican estos medios?”, sino de esta otra “¿es eficaz ese mantenimiento o impone una grave carga?” Las respuestas a tales preguntas requieren una evaluación de los medios para prolongar la vida, en el sentido en que contribuyen o no al fin espiritual de la existencia individual del paciente, “según las circunstancias de personas, lugares épocas y culturas”, como refería Pío XII.

El tribunal supremo de Illinois ha aclarado recientemente este concepto, revisando el significado de “enfermedad o estado terminal”, al menos en lo que toca a ese Estado. En el caso Greenspan (julio 1990), el tribunal indicó que la interpretación legal común de dicho término conduce a un círculo vicioso, que quita todo sentido a la voluntad de vivir e imposibilita cualquier tipo de asistencia compasiva para las personas que no pueden beneficiarse de una terapia. El tribunal declaró: “si se permitiera que la prolongación misma de la vida por esos medios fuese el factor básico para evaluar la inminencia de la muerte, la definición de enfermedad terminal que figura en la ley (LIVING WILL ACT) se convertiría en un círculo vicioso y perdería su sentido”.

La inminencia debe juzgarse como si no existieran medios técnicos para diferir la muerte. Concretando aún más las consecuencias de esta declaración, el mismo tribunal añadía: “con tubos de alimentación se ha logrado que algunos pacientes sigan viviendo durante años en un estado vegetativo crónico”.

Los términos “ordinario” y “extraordinario” suelen también emplearse con frecuencia para decidir si ha de prolongarse o no la vida. Igualmente se prestan a confusión, ya que revisten significados diferentes según los utilicen médicos o moralistas.

Los primeros califican de “ordinario” todo tratamiento clásico o normalmente aceptado por la profesión, y de “extraordinario” al tratamiento o medicamento nuevo, no experimentado o en vías de experimentación.

Así, desde el punto de vista médico, algo que antes se consideraba extraordinario, como la angioplastia cardíaca, puede convertirse en ordinario una vez comprobado su valor terapéutico. En cambio, desde

una perspectiva ética o moral, un medio para prolongar la vida será “ordinario” si es moralmente obligatorio y “extraordinario” si no lo es. Medios “ordinarios” para prolongar la vida son, éticamente hablando, “toda medicina, tratamiento u operación que ofrezca una razonable esperanza de mejoría o curación a un paciente determinado, y que puede obtenerse o aplicarse sin excesivos gastos, dolores u otras cargas”. Medios “extraordinarios” son, por otra parte, las medicinas, tratamientos u operaciones que no puedan utilizarse u obtenerse sin esos mismos gastos, dolores o cargas.⁹

Al decidir si tal o cual medicamento, tratamiento o dispositivo mecánico es un medio terapéutico, ordinario o extraordinario, han de tenerse en cuenta tanto la condición general del paciente, como todas sus circunstancias sociales y familiares.

En el terreno ético, por consiguiente, no es posible elaborar *a priori* una lista de los medios ordinarios y extraordinarios del mantenimiento de la vida. Antes de hacerlo hay que considerar lo que conviene, globalmente, al paciente en particular.

Un documento de la Iglesia que lleva por título *Declaración sobre Eutanasia*,¹⁰ afirma que los términos “ordinario” y “extraordinario” se prestan a confusión y deberían ser sustituidos por los de “proporcionado” y “desproporcionado”. Aunque reconozco la confusión potencial que puede derivarse del uso inexacto de “ordinario y extraordinario”, creo que estos términos son tan precisos como otros cualesquiera, si se utilizan con referencia a pacientes particulares y cayendo en la cuenta de que su significado ético es distinto en el lenguaje médico. Tratándose de esta cuestión, hace ya unos cuantos años, Paul Ramsey declaraba: “son especificaciones ciertamente significativas, pero reina la incertidumbre al aplicarlas”.¹¹

El sentido de la expresión “medios eficaces para prolongar la vida” es también objeto de debate. Siguiendo el pensamiento de Pío XII, estimo que se trata de prolongar la vida, de tal manera que la persona en cuestión pueda tender a su fin espiritual.¹² Para ello necesita, evidentemente, conservar en algún grado la función cognoscitivo-afectiva.

En opinión de ciertos teólogos, no obstante, es un medio eficaz con tal de que prolongue la vida humana en el nivel mínimo de la función vegetativa, aun sin esperanza de recobrar las facultades indispensables

para la función espiritual.¹³ Estos mismos teólogos sostienen que hay obligación moral de prolongar la vida de una persona aun cuando el diagnóstico médico dé a entender que se encuentra en un estado de coma irreversible o de persistente vida vegetativa, sin esperanza de recobrar la función cognoscitivo-afectiva, a condición de que ese proceder no entrañe dolores físicos para el paciente.

Esta diferencia de opiniones tiene particular importancia en el uso de la alimentación e hidratación artificiales de pacientes en estado vegetativo persistente. La mayoría de los médicos y juristas, así como muchos moralistas, opinan que la nutrición e hidratación deben evaluarse como cualquier otro tratamiento médico, por ejemplo, el empleo del respirador.¹⁴ Por tanto, si la función cognoscitivo-afectiva no puede restablecerse, la alimentación e hidratación artificiales pueden retirarse o no aplicarse, ya que no existe obligación moral de seguir utilizando medios terapéuticos artificiales.¹⁵

Por cuanto se refiere al término de “grave carga”, es necesario considerar las cargas derivadas de las circunstancias sociales, psicológicas y espirituales, además de las que proceden de su patología. Como indica Pío XII, una carga grave “para sí o para otro” puede convertir en “extraordinarios” los medios de prolongación de la vida. Es más, el documento sobre la eutanasia señala que, al determinar si la terapia médica es proporcionada o desproporcionada, puede tenerse en cuenta la carga eventual que tal terapia supone para la familia del enfermo y hasta para la sociedad.

Uno tiene el derecho moral de evitar una carga grave aun cuando prevea que la muerte puede indirectamente seguirse de su acto. El carácter de la decisión que analiza la “gravedad de la carga” es expresado en la mencionada Declaración sobre Eutanasia de la siguiente manera: “es también lícito conformarse con los medios normales que ofrece la medicina, por lo que no se puede poner a nadie en la obligación de recurrir a una técnica que, aun siendo de uso corriente, entrañe el riesgo de resultar onerosa o lo sea de hecho. Esa negativa no equivale al suicidio, por el contrario, debe considerarse como aceptación de la condición humana, simple deseo de evitar un tratamiento médico desproporcionado respecto a los resultados que de él pueden esperarse, o deseo también de no acarrear gastos excesivos a la familia o a la colectividad”.¹⁰

Siempre se plantearán dificultades prácticas a la hora de decidir si ha de prescindirse o no de los medios artificiales para mantener la vida, o si conviene retirarlos una vez aplicados. Aunque no existe diferencia moral entre su no utilización y la interrupción, la diferencia emocional es una realidad y no debe nunca pasarse por alto.

Numerosas cuestiones de ética o moral médica exigen un conocimiento teológico de la muerte y de la responsabilidad de prolongar la vida. Ayudar a los que atienden a los moribundos a enfrentarse con el dolor y el misterio de la muerte constituye una importante faceta de nuestra tradición cristiana. Por otro lado, basar la negación o suspensión del mantenimiento de la vida por medios artificiales en principios teológicos es parte esencial de una asistencia inteligente y compasiva al enfermo.

Para resolver estos dos problemas éticos, la tradición católica nos brinda conceptos bien definidos, que pueden ayudar a quienes cuidan de los enfermos, a estos y a sus familias, a tomar decisiones en un contexto de fe.

Referencias bibliográficas

1. RAHNER Karl, *On the Theology of Dead*. Herder & Herder, Nueva York. 1965.
2. CRANFORD Ronald, *Life, Death, Awareness and Suffering*. En *Social Responsibility in Business. Journalism, Law and Medicine*. Ed. Louis Hodges, Lexington Va. Washington University, 1985.
3. BECKER Ernest, *The Denial of Dead*. Free Press, Nueva York 1975.
4. *Ordinary and Extraordinary Means of Prolonging Life*, en Linacre Center for the Study of the Ethics of Health Care. Londres, 1979.
5. PAPA PIO XII, *Allocution to the Medical & Biological Union of St. Lake. The Human Body: Papal Teaching*. St. Paul Ed., Boston, 1960.
6. *Congregación para la Doctrina de la Fe*. Concilio Vaticano II, 1982.
7. N.C.C.B. *The rights of the terminally Ill*, *Origins* 16: 12-122, 1986.
8. PAPA PIO XII, *Prolongation of Life*, 1957. Pope John XXIII. "Medical Moral Research Center", 1976.
9. CONNERY John, *Prolonging Life: The Duty and its Limits*, *Catholic Mind*. Oct. 1989, P.42.
10. *Declaración sobre Eutanasia*.
11. RAMSEY Paul, *The Patient as Person*. Yale University Press, New Haven, 1970.
12. O'ROURKE Kevin, OP: *Prolonging Life, a Traditional Interpretation*, Linacre Q. mayo, 1991.
13. MAY William, *Feeding & Hydrating the Permanently Unconscious and other Vulnerable People*, *Issues in Law and Medicine* 3: 3-209, 1987.
14. U.S. SUPREME COURT, *Cruzan vs. Missouri Department of Health*, N. 88: 1503. junio 25, 1990.
15. TEXAS CATHOLIC CONFERENCE, *On Withdrawing Artificial Nutrition & Hydration*". junio 25, 1990 (Vol. 29).

La eutanasia y la profesión de enfermera

Giuseppe Fasanella, Elisabetta Corda***

Resumen

El artículo no pretende aportar novedades doctrinales ni analizar todos los aspectos de la eutanasia, sino que sólo quiere puntualizar algunas cuestiones ético-deontológicas ligadas al tema de la eutanasia en referencia a la profesión de enfermería. Antes de discutir la importancia y el ámbito de la responsabilidad del personal enfermero, se dedica un apartado a los principios que están en juego. Se abordan, además, algunos problemas de orden semántico relativos también a la distinción entre eutanasia activa y pasiva, mientras a propósito, por motivos de espacio, se alude solamente al significado de la llamada "dignidad de la muerte".

En un reciente número de la revista **Hastings Center Report**, en la sección **Case Studies**, se discute el problema de si una enfermera, en situaciones que contrastan con su conciencia y con los principios éticos, puede en consecuencia tener derecho a oponerse a una determinada terapia prescrita por el médico y no practicarla. El caso particular presentado se refiere a Alice H., una enfermera profesional que trabaja en el Hillside Nursing Home, en Toledo, Ohio (EE.UU.), donde tiene a

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma (Director: Prof. Elio Sgreccia).

** I.P.A.F.D. - D.A.I., trabaja como Enfermera Profesional en el Policlínico "A. Gemelli", Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

su cuidado a una mujer de 63 años, Jane B., afectada de cáncer de colon. La enfermedad está en fase terminal y provoca, además, dolores difícilmente controlables, que hacen necesarias repetidas administraciones de morfina. Las otras enfermeras no se plantean problema alguno al administrar el fármaco, sólo Alice H. desaprueba la prescripción del doctor Jones, el médico de cabecera, ya que ha notado que la morfina provoca en la señora Jane una cierta depresión de la actividad respiratoria, hecho que podría anticipar el momento de la muerte. Una noche, Alice es la única enfermera profesional de turno en la planta; la señora Jane la llama para pedirle ayuda porque, aunque ha recibido todas las medicaciones, está agitada, tiene dolores y no logra dormir. ¿Cuál debe ser el comportamiento de la enfermera?, ¿Puede ser despedida si no suministra la morfina?, ¿Justifican los problemas de conciencia que ella suscita, un eventual rechazo por su parte?

Este caso¹ nos introduce en el delicado tema de las fronteras entre **cuidado del dolor y eutanasia**, a cuyo respecto son ya numerosos los estudios aparecidos en la literatura, y tan profundos, que podría parecer inútil volver a plantearlos. El tema sigue siendo, sin embargo, sumamente actual en cuanto que toca directamente a la vida del hombre y sus fronteras con el dolor y con la muerte; de aquí su particular valencia ética. Por otra parte, no existe aún un concepto unánime de “eutanasia”, y las diversas definiciones e interpretaciones dadas por numerosos autores pueden dar lugar a dudas e incertidumbres. El caso que acabamos de presentar es un ejemplo.

Nuestro trabajo, por otra parte, no pretende aportar novedades doctrinales ni analizar todos los aspectos -semánticos, culturales, jurídicos y éticos- de la eutanasia; quiere más bien puntualizar algunas cuestiones ético-deontológicas vinculadas a la profesión de enfermería. Antes de discutir la importancia y el ámbito de la **responsabilidad** de los enfermeros y de las enfermeras, dedicamos un apartado a los **principios en juego**, precisamente para ayudar al personal enfermero de asistencia a calibrar los valores de su actividad, sabiendo también que no existe una sola criteriología o un solo modelo de bioética en el mundo² y que, en el fondo, siempre está esa diversa antropología que determina el rechazo o la aceptación de la eutanasia. Se abordan también algunos problemas de orden semántico relacionados con la distinción entre eutanasia “activa” y “pasiva”, mientras que a propósito, y por razones de espacio,

aludimos solamente al significado del sufrimiento humano y de la llamada "dignidad de la muerte". De todos modos, debe quedar claro que se trata de aspectos inseparables e igualmente importantes.

Algunas precisiones

El apelar a la eutanasia no es algo nuevo en la historia. De hecho, ya en la antigüedad encontramos a diversos defensores, como el filósofo griego Platón³ y, en tiempos más recientes, a uno de los fundadores del método inductivo-experimental de la investigación científica moderna, Francis Bacon.⁴ Sin embargo, nuestro siglo se caracteriza por la intención, a través de movimientos y asociaciones, no sólo de suscitar en la opinión pública y en los ambientes científicos un consenso cada vez más amplio en pro de la eutanasia, sino también, y sobre todo de introducir en los sistemas legislativos de los Estados, normas que despenalicen o incluso legitimicen una práctica semejante.⁵ Las raíces de esta corriente de pensamiento, que presenta por lo demás diversos matices y gradaciones, hay que buscarlas sobre todo en la "secularización del pensamiento y de la vida, en el cienticismo racionalista y humanitarista y en la descompensación de la medicina entre tecnología y humanización".⁶ Lo anterior ha tenido mucho que ver en la determinación de la cultura hoy dominante en nuestra época postindustrial, y cuya tendencia a presentarse como cienticismo tecnológico es resumida por algunos en el axioma "mesuro, ergo possum (mido, luego puedo)".⁷

Contribuye también al fomento de la difusión de la mentalidad favorable a la eutanasia, aun cuando no de forma determinante, el hecho de que el significado etimológico del término -del griego "eu" (bien) y "thanatos" (muerte)- no expresa todas las adjetivaciones que de cuando en cuando se le han atribuido.⁸ A nuestro juicio, ya no deben seguir utilizándose las definiciones que emplean el término eutanasia para indicar sólo "una muerte dulce sin sufrimiento" o bien "la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía", debido a que, además de originar confusiones, no dan cuenta de los efectos contenidos, presentes en los requerimientos de los diversos movimientos a favor de la eutanasia. Más bien, el término tiene hoy el significado de "procurar la muerte por piedad".¹⁰ Otro problema

se refiere a la distinción, en auge todavía en algunos ambientes, entre eutanasia “activa” y “pasiva”.¹¹ Aquí nos urge subrayar, entre las diversas posiciones, la de aquellos que, rechazando la eutanasia “activa” como un crimen contra la vida, acaban por aceptar un concepto un tanto indefinido de eutanasia “pasiva”, entendida como medio para evitar el llamado “encarnizamiento terapéutico”, sin darse cuenta de que la omisión de las terapias médicas puede constituir otra modalidad de procurar la muerte, aunque sea por piedad. Sin embargo, no faltan autores, como Sgreccia,¹² que proponen eliminar una distinción semejante, fuente de equívocos, y utilizada, a nuestro parecer, incluso para introducir subrepticamente la eutanasia en sociedades notoriamente contrarias a ella por cultura y tradición. Por otra parte, incluso las diferentes doctrinas de la jurisprudencia, cuando se discute acerca del delito y se buscan los elementos objetivos y subjetivos del mismo, no se habla sólo de un único tipo de “acción” o “conducta”, sino que se distinguen dos especies, ambas relevantes en el plano penal, estos son, la acción en sentido estricto (conducta de comisión) y la omisión (conducta omisiva).¹³

Por ejemplo, la madre que voluntariamente no amamanta a su hijo, ocasionándole la muerte, es responsable de una conducta omisiva. Sin embargo, aun sin tratarse de una acción en sentido estricto, está clara en este caso, aparte de las consideraciones jurídicas, la responsabilidad ética de la madre, que no ha impedido que sobrevenga “un evento que se debía y se podía impedir”.¹⁴ En una palabra, la distinción entre eutanasia “activa” y “pasiva” tiene ciertamente una justificación etimológica propia, pero, se refiere sólo a los medios y a las modalidades, “a la acción del sujeto activo, que puede consistir o en hacer o en no hacer algo”,¹⁵ y no al concepto principal de la eutanasia, que es el de un “acto que pone fin a los días del enfermo”.¹⁶

Una vez mas, Sgreccia¹⁷ nos recuerda que, en cierto sentido, “la eutanasia es siempre activa por parte de quien la provoca, y siempre pasiva considerada por parte del enfermo”. Con razón, un documento importante de la Iglesia Católica sobre la eutanasia evita el uso de los adjetivos “activo” y “pasivo”, y define la eutanasia como “una **acción** o una **omisión** que por su naturaleza, o en la intención, **procura la muerte**, a fin de eliminar todo dolor. La eutanasia se sitúa, por tanto, al nivel de las intenciones y de los métodos usados”.¹⁸ Esta es la definición

que nosotros adoptamos. Se impone, no obstante, una ulterior reflexión. Es necesario tener claro el significado de los “cuidados normales” y “cuidados ordinarios y extraordinarios” o de los “cuidados proporcionados y desproporcionados”.¹⁹ Si tales distinciones tienen un fundamento, entonces consideramos insuficiente definir, por ejemplo, a la eutanasia pasiva simplemente como “suspensión de los cuidados” u “omisión de cuidados”. Se configura la eutanasia en los casos en que los cuidados omitidos se incluyen en la categoría de “cuidados ordinarios o proporcionados”. En cambio, cuando se omiten los cuidados “extraordinarios o desproporcionados” no se da la eutanasia, sino un respeto de la dignidad del moribundo y un rechazo del llamado “encarnizamiento terapéutico”. Por tanto, quien se rehúsa incluso a practicar la eutanasia pasiva -si queremos utilizar esta distinción- no pretende necesariamente encarnizarse con el moribundo.

Los principios en juego

El valor y el significado que se atribuyen a la vida humana influyen de manera decisiva en el juicio ético sobre la eutanasia. Este es el meollo, el punto central de la cuestión.

La vida física corporal constituye el fundamento único que permite a la persona, sin agotar por eso toda su grandeza, expresarse y manifestarse; la misma libertad, para poder ser ejercida, necesita de ella. De esto se deriva el precepto moral sobre la **inviolabilidad de la vida humana**. Quien, por consiguiente, atenta contra la vida de un hombre viola un derecho fundamental e inalienable, cuyo valor universal no puede ser negado con base en argumentos derivados del pluralismo político o de la libertad religiosa. Ni siquiera el individuo puede disponer de su propia vida. Para los creyentes sería rechazar a Dios y su designio de amor. Sin embargo, incluso los “laicos” o los “ateos” pueden, inspirándose en la recta razón, reconocer esta verdad objetiva, esto es, que el homicidio y el suicidio son “una ofensa a la dignidad humana, un crimen contra la vida y un atentado contra la humanidad”.²⁰

Hay que decir que la mayoría de los hombres reconoce este principio, sancionado, entre otros, por las diversas Convenciones y Declaraciones sobre los derechos del hombre aprobadas en el ámbito internacional en

los últimos cuarenta años, a pesar de las diversas tradiciones culturales e ideologías, a veces fundamentalmente opuestas.²¹ Este derecho es protegido igualmente por numerosas legislaciones vigentes,²² así como por los diversos códigos deontológicos.²³

Por consiguiente, se puede menoscabar o poner en peligro la integridad de la persona sólo en los casos en los que hay que salvar ese bien superior que es la vida de la misma persona, y con tal que la intervención sea sobre la parte enferma; no haya otros medios a disposición; la posibilidad de éxito sea proporcionalmente alta, y el paciente dé su consentimiento. Este es el llamado **principio terapéutico**, o de la **totalidad**, en el que se basa toda la licitud de la terapia médica y quirúrgica. En el concepto de “totalidad” podemos incluir también el bienestar psicosocial, el cual, sin embargo, no puede prescindir de la integridad física, pues, de otro modo, no sería tomado en consideración a todo el hombre.

Otro principio que hay que tener presente es el de **libertad y responsabilidad**. No es lícito intervenir en la persona, incluso en sentido terapéutico, sin el consentimiento, explícito o presunto, del sujeto. Por consiguiente, se habrá de respetar tanto la libertad del enfermo, como salvaguardar la autonomía de la profesión. No obstante, aun cuando la libertad es indudablemente origen del acto ético, deberá tomar a su cargo **responsablemente** la vida propia y la ajena, en el sentido precisamente de que no es lícito suprimir la vida, ni siquiera la propia, en nombre de la libertad. Se presenta aquí un aspecto peculiar que deseamos subrayar. Todos los principios son importantes; existe, sin embargo, una jerarquía de valores, según la cual el principio relativo al valor fundamental de la vida física, como valor fundamental de la persona, condiciona todos los demás principios. Todo esto no menoscaba la libertad del hombre, sino que más bien la revaloriza y le da su sentido totalizador.²⁴

Los **principios de solidaridad** y de **subsidiariedad**, vinculados estrechamente a los anteriores, vienen a completar el panorama de los principios éticos de referencia.²⁵ Al afirmar que todo hombre es corresponsable del bien de cualquier otro hombre, se supera tanto el colectivismo como el individualismo.

La corresponsabilidad con el moribundo presenta uno de los momentos más delicados y cargados de sentido de la socialización [en el sentido que el término adquiere en el Magisterio eclesiástico a partir del papa

Juan XXIII. N. del T.]. El principio de subsidiariedad requiere que los sanos, especialmente los que asisten al enfermo, aporten más ayuda cuanto más grave es la enfermedad.

Responsabilidad del personal enfermero

En las últimas décadas, la profesión enfermera, aún conservando la antigua función auxiliar respecto de la clase médica en lo referente sobre todo al diagnóstico y la terapia, ha cobrado, de hecho, una función fundamental en el cuidado del enfermo, con una autonomía y un carácter específico propios.²⁶ Piénsese en el hecho de que en algunos países los estudios de enfermería han alcanzado ya el nivel universitario y que en otros se discute la forma de recalificarlos y reordenarlos.²⁷ Se multiplican las reuniones y se mejoran las publicaciones en torno al tema, mientras se intentan experiencias nuevas, válidas en su mayoría. Piénsese también en el progresivo aumento del personal altamente calificado en las diversas especialidades, como la terapia intensiva y la reanimación, y en la formación de personal directivo, con una orientación tanto didáctica como administrativa en los servicios de enfermería.²⁸ La creciente importancia del papel y la función de esta profesión comporta también, en relación con otros tiempos, una mayor responsabilidad ética. Por ejemplo, el personal enfermero está representado en la mayor parte de los “comités de ética” o de “bioética” surgidos en muchos países, tanto a nivel nacional como periférico.²⁹ Estos comités tienen, en líneas generales, una función consultiva; sin embargo, no resulta en verdad menospreciable el papel jugado, al afrontar los múltiples problemas éticos existentes tanto en la programación y gestión sanitaria, como en la práctica clínica y asistencial cotidiana. Además, la continua adquisición de nuevos instrumentos y de nuevos medios terapéuticos en medicina plantea problemas éticos cada vez más complejos. Piénsese en la fecundación artificial *in vitro*, en los trasplantes y en las posibilidades, impensables en otro tiempo, que ofrecen el instrumental y las técnicas de reanimación, así como la ingeniería genética. Por otra parte, adquieren particular relieve los problemas vinculados al aborto y a la eutanasia, así como a la asistencia de los ancianos y los discapacitados. También el personal enfermero se ve implicado en estas situaciones dramáticas, y

es sin duda importante la aportación que puede ofrecer para su comprensión y evaluación.

Por lo que se refiere a la directa responsabilidad profesional, esta está sancionada por numerosos códigos deontológicos. A la luz de los principios expuestos con anterioridad, hagamos solamente algunas consideraciones refiriéndonos sobre todo a la eutanasia.³⁰

Una eventual prescripción del médico encaminada a poner fin a los días del enfermo no libera a la enfermera de la **responsabilidad de su propia acción**. Lo mismo puede decirse si la solicitud procede de la familia o incluso del enfermo, aunque esté moribundo. No es cosa de crear aquí una nueva figura de farmacólogo o de médico. Está claro que el primer responsable de una prescripción o de un acto médico es el médico mismo, no podría ser de otra manera. Sin embargo, la enfermera -en parte incluso por los elementos de terapia que ha estudiado, pero sobre todo por la experiencia adquirida en el curso de los años- conoce ciertamente la dosificación de los fármacos que normalmente administra, si no por otra razón por la repetitividad, y comprende el significado de las diversas estrategias terapéuticas o el funcionamiento de tan complejo instrumental. Está claro que al final no resultará difícil, por lo menos en los casos más manifiestos, distinguir una intervención terapéutica o paliativa de otra encaminada a provocar la muerte, como es el caso, por ejemplo, de la administración de dosis excesivas de cloruro de potasio³¹ o de dosis masivas de analgésicos, dirigidas no ya a aliviar el dolor, sino a suprimir al enfermo.

Consideramos que no contradice al principio relativo al valor fundamental de la vida física recurrir, si no existen otros medios, a los analgésicos para atenuar el dolor y el sufrimiento al acercarse la muerte, aun cuando esto pudiera comportar, como efectos secundarios, la obnubilación de los sentidos y la anticipación del momento de la muerte. En el caso presentado en la introducción, la muerte de la señora Jane no es requerida ni buscada en modo alguno, aunque se corra un riesgo (por los episodios de depresión de la actividad respiratoria)³² por una causa razonable, en cuanto la intención es la de aliviar el dolor, utilizando de manera eficaz la morfina en dosis terapéuticas y a intervalos regulares. En este caso, pues, no se trataría de eutanasia, sino de ayudar a un moribundo naturalmente angustiado, sobre todo si la cercanía de la muerte está acompañada de sufrimientos atroces y prolongados. Por

tanto, los problemas de conciencia suscitados por la enfermera Alice H. tendrían una justificación sólo en caso de que la morfina se utilizara en dosis masivas directamente para “poner fin a los días” de la señora Jane. Naturalmente, el uso de analgésicos mayores en la fase terminal de la vida requiere un conocimiento perfecto de la farmacología, sobre todo de los efectos secundarios y de las contraindicaciones de los fármacos en cuestión. El documento ya citado de **Cor Unum** subraya la importancia del papel del farmacólogo en el equipo sanitario. Se han de considerar, igualmente, los notables avances logrados por la medicina en el tratamiento del dolor.³³ Además, en estos casos se muestra sumamente valiosa la información proporcionada por la enfermera sobre la actividad respiratoria del paciente, así como sobre el decurso del dolor a lo largo de la jornada y en relación con la eventual administración de analgésicos.

Más problemáticas y difíciles resultan aquellas situaciones en las que la enfermera lleva a cabo acciones que en sí no determinan la muerte, pero que sin embargo tienden, ya sea a privar de la conciencia al enfermo sin un grave motivo y antes de que haya podido cumplir con sus propias obligaciones personales,³⁴ o a abreviar sus días de vida, como ocurre cuando se suspenden los cuidados ordinarios.³⁵ En estos casos se trataría en general de una colaboración material que puede tener su propia justificación.³⁶ Ante todo, hay que sopesar el grado de participación en todo el proceso; hay que considerar igualmente los motivos que pueden inducir a obedecer a una prescripción. En general, se trata del temor a perder la fuente de subsistencia propia en caso de despido. No obstante, la enfermera debería tratar de manifestar, por lo menos, sus propias convicciones. Por otra parte, es importante también conocer, para evitar inútiles conflictos interiores y ético-deontológicos, las situaciones en las que es lícito renunciar en conciencia a una terapia, esto es, cuando la intervención no tiene una eficacia comprobada, o bien cuando es eficaz y aumenta el sufrimiento o, finalmente, cuando existe una alta desproporción entre los costos humanos y los beneficios que se espera obtener.³⁷ Además, las terapias de alto riesgo comportan, necesariamente, una opcionalidad.

En todo caso, la enfermera deberá prestar su asistencia cuando se trate de los llamados “cuidados normales”, que son siempre moralmente obligatorios. La respiración asistida, la alimentación, la hidratación, el mantenimiento de la temperatura corporal en los límites normales o la

higiene de la persona son, por ejemplo, cuidados que siempre se han de dar, aunque sea en “proporción” a la situación objetiva del paciente.

En este sentido, la enfermera está siempre cerca del hombre enfermo. Al no rehusarse a **escuchar** ni siguiera sus emociones o sus temores, ni a proporcionarle tampoco la **asistencia religiosa** según su fe, lo prepara a una muerte serena. En este “no abandono” estriba el rechazo tanto al encarnizamiento terapéutico como a la eutanasia, y esta función debe ser revalorizada cada vez más por la sociedad.

A la luz de cuanto llevamos expuesto, se comprende muy bien la importancia que revisten la formación tanto humana como ético-deontológica en las escuelas de enfermería. Una buena **formación en la relación** es esencial para acercarse al hombre enfermo que sufre, sobre todo al que está cerca de la muerte. A menudo la solicitud de eutanasia surge de la soledad y de la angustia no aliviadas por una ayuda o muestra cualquiera de afecto. Nuestro tiempo ha creado el “tabú de la muerte” y nos ha “alejado” ilusoriamente de ese proceso que pertenece necesariamente a la vida de todo hombre y que es la muerte. Ahora más que nunca es necesario reapropiarnos de esta realidad, para no abandonar al enfermo solo en la angustia de su encuentro con ella.

Igualmente importante es la **formación ético-deontológica**. Se trata de un componente necesario y ciertamente no secundario del curriculum de formación; de “una condición **sine qua non** de la formación integral de una enfermera responsable”.³⁹ Si falta esta formación, la presencia no sólo en los comités de bioética, sino también en el debate cultural y en la vida profesional sería poco calificada y de escasa aportación. Y no sólo esto, sino que la enfermera correría el riesgo de vivir en el trabajo situaciones complejas -como el caso de la eutanasia-, sin poder comprenderlas plenamente. No creemos estar equivocados si afirmamos que todo esto comporta necesariamente una reorganización de la enseñanza de la ética y la deontología en las escuelas de enfermería. A nuestro juicio, habrá que introducir, sobre todo donde todavía no se ha hecho, la enseñanza de la **bioética**, o integrar por lo menos los cursos existentes con una serie de lecciones de esta nueva disciplina, que se ha difundido vigorosamente, estos últimos años, en diversos países. Un retraso en este sentido significaría mostrar una escasa sensibilidad. Por lo menos desde la perspectiva ética, la profesión debería ser fuertemente recalificada.

Referencias bibliográficas

- 1) Cfr. *Case Studies: The Nurse's Appeal to Conscience*. Commentary by BERNAL E.W., HOOVER P. and AROSAKAR M.A., en *Hastings Center Report* 1987; 2: 25-26.
- 2) SGRECCIA E., *Manuale di Bioética*. Milán: Vita e Pensiero, 1988: 42-48 (segunda edición).
- 3) Cfr. el libro IX de las Leyes. No faltarán ciertamente los opositores, como Pitágoras, Hipócrates, Galeno o Cicerón.
- 4) Bacon afirmaba en el *Novum Organum* (1621): "Yo pienso que el oficio del médico es devolver la salud y aliviar los sufrimientos y los dolores, no sólo cuando este alivio pueda llevar a la curación, sino también cuando pueda servir para procurar una muerte dulce y tranquila". Para algunos suscitados datos históricos, véase D'AGOSTINO F., *Cenni sulle forme storico-giuridiche dell'eutanasia*, en *Eutanasia. Atti del XII Congresso Nazionale dei teologi moralisti italiani*, Florencia 1-4 de abril de 1986, Bolonia: Dehoniane, 1987: 66-70.
- 5) A título de ejemplo, citemos la asociación suiza Exit y la Euthanasian Society of America.
- 6) SGRECCIA E., *Bioetica, eutanasia e dignità della morte*, en *Manuale di Bioetica*, op. cit., pp. 466-471.
- 7) Cfr. LOMBARDI VALLAURIL., *L'impatto della tecnologia sulla vita e sulla autopercezione dell'uomo*, en AA. VV., *Etica e trasformazioni tecnologiche. Atti del 57o. Corso di aggiornamento culturale dell'Università Cattolica*, Arezzo 20-25 de septiembre de 1987, Milán: Vita e Pensiero, 1987.
- 8) SCORRETTIC., RAGO C., DE PASQUAL A., *Il problema dell'eutanasia come espressione della crisi medico-paziente*, *Medicina e Morale* 1988; 2: 251-270. Véase también RENTCHNICK P., *Evolution du concept "euthanasie" au cours de ces cinquante derniers anneés.*, *Medicine et Hygiene* 1984; 1553: 653-666.
- 9) Cfr. MARKER R.L., *Euthanasia, the Ultimate Abandonment*. *Ethics and Medicine* 1990; 6(2): 21-25.
- 10) Cfr. MARCOZZI V., *Il valore della vita*. Roma. ed. PUG, 1982.
- 11) Se habla también de **eutanasia neonatal**, de **eutanasia eugenésica** (eliminación de sujetos deformes o tarados a fin de mejorar la raza), **eutanasia económica** (eliminación indolora de los enfermos incurables, de los inválidos y también de los ancianos para aligerar a la sociedad de personas consideradas económicamente inútiles), **eutanasia criminal** (muerte indolora de los condenados a la pena de muerte), etcétera. (Véase, a este propósito, el trabajo ya citado sobre la eutanasia de Scorretti, Rago y De Pasqual). En cuanto al **modo**, la eutanasia se configura en el "Living Will", en el "Do not Resuscitate", en la legalización de la llamada "criptoeutanasia". Para una profundización del tema, consúltese SGRECCIA, *Bioetica, Eutanasia e Dignità della Morte*, op. cit., p. 461-498.
- 12) *Ibidem*, p. 478.
- 13) PUCCINI C., *Instituzioni di medicina legale*. Milán: Casa Editrice Ambrosiana, 1984: 51.
- 14) *Ibidem*, p. 478.
- 15) UBOLDI E., D'AUDINO V. y otros, *Eutanasia. Profilli canonistici e civilistici per una soluzione del problema*. Bolonia: Cenacolo Albertino, Edizioni Verlag, 1988: 22.
- 16) PONTIFICIO CONSEJO "COR UNUM", Documento *Dans le cadre. Quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants*, 27 de junio de 1981. Tipografía Poliglota Vaticana, pp. 1-25. La versión italiana también en *Regno-Documenti* 1981, 19: 602-608. (La cita está en la pág. 604).
- 17) SGRECCIA, *Bioetica, eutanasia...*, op. cit., p. 478. IANDOLO C., opina contrariamente en *L'etica al letto del malato*, Roma: Armando Editore, 1990, p. 275: "Nosotros pensamos que..."

la distinción entre eutanasia activa y pasiva merece ser mantenida. En realidad, la eutanasia activa provoca inevitablemente la muerte del enfermo, mientras la eutanasia pasiva (o sea la suspensión de los cuidados) no excluye la posible reversibilidad de la situación...". El autor deja entender a continuación que sobre esta base la eutanasia pasiva es moralmente lícita.

18) SGDA. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980.

19) Se trata de distinciones importantes que deberían ser discutidas con mayor amplitud. Hoy se prefiere hablar de "medios proporcionados" y "medios desproporcionados", refiriéndose no tanto al "medio terapéutico" en sí cuanto al "resultado terapéutico" que de él se espera. Por ejemplo, la reanimación cardiopulmonar se configura como medio desproporcionado en un sujeto afectado por una enfermedad incurable y en la inminencia de una muerte inevitable. La reanimación misma sería, sin embargo, un medio proporcionado, y por tanto moralmente obligatorio, en un sujeto que aun teniendo una enfermedad grave, como un tumor, no se encontrara en el estado terminal de la misma. Los ejemplos se podrían multiplicar. Cfr. BOLETH. J., *Intensive Care Units and Ordinary Means: Turning Virtue into Vice*, *Linacre Quarterly* 1990; 57(1): 68-77. Respecto de los aspectos jurídicos, véase EUSEBI L., *Omissione dell'intervento terapeutico ed eutanasia*, *Archivio Penale* 1985; 7: 508-540.

20) Cfr. el ya citado *Documento sobre la eutanasia* de la Iglesia Católica.

21) Por ejemplo, la Declaración universal de los Derechos del Hombre proclamada por la ONU en diciembre de 1948, en el artículo 3, reza: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

22) En concreto, el Código Penal italiano no admite forma alguna de eutanasia. Los artículos de referencia son sobre todo el 575 y el 579. Véase también GIUSTI G., *L'eutanasia, diritto di vivere, diritto di morire*. Padua: CedSAM, 1982; FIORI A., *Problemi medico-legali*, en AA. VV., *Eutanasia. Una scelta di vita?* Matera, 1987 6: 17-28; STELLA F., *Il problema giuridico dell'eutanasia*, en AA. VV. *Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia*. Milán: Vita e Pensiero, 1985: 162-177.

23) En el *Codice deontologico dell'infermiere* aprobado en Italia por la Federación Internacional de los Colegios en 1977 se afirma: "El enfermero está al servicio de la vida del hombre, le ayuda a amar la vida, a superar la enfermedad, a soportar el sufrimiento y a enfrentar la idea de la muerte". Véase también el *Código ético de la Asociación de las Enfermeras Norteamericanas*, en SPISANTI S. (a cargo de), *Documenti di deontologia ed etica medica*, Cinisello Balsamo: Paoline, 1985; JOBLIN P. J., *Codice di deontologia professionale per il personale medico e paramedico delle istituzioni sanitarie cattoliche*. Doletium Hominum 1990, 14: 39-44.

24) Algunos ambientes, sobre todo anglosajones, resuelven los problemas éticos planteados por la eutanasia dando importancia predominante al llamado "principio de autonomía", en el sentido de que la voluntad del paciente se torna en normativa absoluta. En el caso en que tal voluntad no se manifestara, la decisión de iniciar, de continuar o bien de interrumpir una terapia o un cuidado es confiada al comité ético, en las varias ediciones existentes. No faltan tampoco quienes, amplificando el llamado paternalismo médico, ven en el médico a la única persona que puede decidir si se debe aplicar o no una determinada terapia. En este sentido, la voluntad del paciente y el parecer de un comité ético tendrían sólo una importancia secundaria. La antropología personalista propuesta por nosotros viene a resolver estos contrastes. La autonomía del paciente y la autonomía del médico o de la enfermera (la *Integrity of Health Care Professionals*) se salvaguardan, efectivamente, pero ambas deben confrontarse con el valor de la persona, considerada en su integridad.

25) Cfr. a este propósito también: GRUMAN G. J., BOKS., VEATCH R.M., *Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life*, en REICH W. T. (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*. Nueva

York: Free Press, 1978: 261-286; CICCIONE L., *L'eutanasia*, en *Non uccidere*. Milán: Ares, 1984: 257-294; PERICO G., *Eutanasia e accanimento terapeutico*, en *Problemi di etica sanitaria*. Milán: Ancora, 1985: 113-135; SGRECCIA E., *Guida medica europea ed eutanasia*. Milán: Vita e Pensiero 1987, 4; 250-262; TETTAMANZI D., *L'eutanasia. L'illusione della buona morte*. Casale Monferrato (AL): Piemme, 1985; CUYAS M., *L'accanimento terapeutico e l'eutanasia*, en RANDAZZO A. (a cargo de), *Problemi etici di vita ospedaleira*. Padua: Piccin, 1989: 71-85; LECALDANO E., *Questioni etiche ai confini della vita*, en DIMEDA., MACINA C. (a cargo de), *Bioetica*. Bari: Laterza, 1989.

26) Cfr. IMPERATI L., *Il nursing, cos'è? Principi e metodi*. Federazione Medica 1983, XXXVI(10): 912-916; FIANOLAP., *Salute per tutti e nuova professionalità nell'ambito professionale*, en AA. VV., *Umanizzazione della medicina e la professionalità*. Actas del XIII Curso-Reunión Escuela D.A.I - A.C.O.S., Roma 9-12 de marzo de 1987, pp. 263-284.

27) Diversas son, a este propósito, las propuestas de ley presentadas en Italia. Cfr. POLIDORI P., *Il Parlamento propone, ma ancora non propone*. *L'infermiere* 1990, XXXIV (3): 200-23, en la sección Documentazione de Professioni Infermieristiche 1990, 43 (3): 43-45. Véase, sobre el tema, CATAMANTI C., CANDIA L. y otros, *Le scuole infermieristiche tra passato e futuro*, *Federazione Medica* 1988; XXI (3): 137-141.

28) Cfr. AA. VV., *Sulla umanizzazione della medicina. Problemi del personale infermieristico dirigente*. Actas del XI Curso-Reunión Escuela D.A.I - A.C.O.S., Roma 27-31 de marzo de 1985.

29) Cfr. AA. VV., *I comitati di bioetica. Storia, analisi, proposte*. Roma: Orizzonte Medico, 1990.

30) Cfr. FURLAN M., *Etica professionale per infermieri*. Padua: Piccin, 1989: 341-359; CORTESE C., FEDRIGOTTI A., *Etica infermieristica. Sviluppo morale e professionalità*. Milán: Sorbona, 1985; FITZPATRICK F.J., *Ethics in Nursing Practice. Basic Principles and their Application*. Londres: The Linacre Centre, 1988: 185-224; VEATCH R.M., FRY S.T., *Case studies...*

31) Cfr. *Case Studies: When the Doctor Gives a Deadly Dose*. Commentary by CAPLAN H., DICKEY N. AND LYNN J., en *Hastings Center Report* 1987, 6:33-35.

32) Cfr. GOODMAN and GILMAN, *Le basi terapeutiche della terapia*. Ed. It., Bolonia: ed. Grasso, 1982, p. 528: "La morfina deprime la actividad respiratoria por acción predominantemente directa sobre los centros respiratorios del tronco del encéfalo. Este efecto es ya evidente en dosis que no provocan trastornos de la conciencia y se acentúa con el aumento de la dosis misma. En el hombre, la muerte por envenenamiento de morfina se debe casi siempre a paro respiratorio. Las dosis terapéuticas de morfina deprimen, en el hombre, todos los parámetros de la actividad respiratoria (frecuencia, volumen disminuido, intercambios respiratorios)... La morfina y sus congéneres pueden provocar también una respiración periódica, evento que en el hombre puede verificarse igualmente ya en dosis terapéuticas. El máximo de depresión respiratoria se verifica pocos minutos después de una administración endovenosa, mientras deben pasar por lo menos 30 minutos después de administración intramuscular y 90 minutos después de administración subcutánea. La sensibilidad del centro respiratorio se recobra totalmente a las dos o tres horas, mientras el volumen disminuido respiratorio se mantiene por debajo de lo normal durante cuatro o cinco horas después de la administración de una dosis terapéutica del fármaco..."

33) Cfr. ROMANINI A., SPEDICATO M. R., *Unità di cura continuativa. Nuova soluzione terapeutica e assistenziale nella malattia terminale*. Padua: Piccin, 1988. Véase también AA. VV., *L'infermiere di fronte al dolore e alla morte*. Actas de la Reunión Nacional de la Asociación Católica de Operadores Sanitarios, Asís 23-25 de noviembre de 1984.

34) Cfr. PIO XII, *Discorso del 24 febbraio 1957 su tre quesiti religiosi e morali concernenti*

l'analgésia, en ANGELINI F. (a cargo de), Pío XII. *Discorsi ai medici*. Roma: Orizzonte Medico, 1961: 580.

35) Con frecuencia entre las motivaciones adoptadas para la suspensión de cuidados ordinarios se encuentra un concepto distorsionado de **calidad de vida**. Se trata de un argumento que debería ser tratado más ampliamente. Cfr. a este propósito CATTORINI P., *Qualità della vita negli ultimi instanti*, Medicina e Morale 1989; 2: 273-294.

36) PONTIFICIO CONSEJO "COR UNUM", *Quelques questions...*, p. 606.

37) También la definición de los criterios para la comprobación del estado de "muerte" adquiere un particular significado ético. Muchos autores convienen en que la muerte de un individuo interviene cuando se ha destruido **todo el contenido de la caja craneana**, hemisferios cerebrales y tronco encefálico: es necesario, por tanto, no sólo un EEG plano, sino también la ausencia de reflejos de los nervios del tronco encefálico, falta de respiración autónoma y cese prolongado del latido cardiaco. En este caso la reanimación cardio-pulmonar eventual prolongaría una vida puramente aparente y tendría sentido solamente en función de un trasplante de órgano. Mientras tanto no se puede hablar de muerte cuando no todo el contenido de la cavidad craneana esté destruido, como en el "síndrome apálico" o en el síndrome "locked-in"; además, a nuestro juicio, el concepto de coma irreversible no coincide con el de muerte cerebral total (o mejor de **muerte encefálica**): la consecuencia es que en el coma considerado irreversible se está obligado a practicar los cuidados ordinarios (incluyendo entre éstos los cuidados de hidratación y de nutrición parental); el coma considerado reversible justifica, en cambio, la utilización de todos los medios a disposición. Cfr. a este propósito MANNI C., *Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un medico anestesista-rianimatore*. Federazione Medica 1985, XXXVIII (1): 20-25; CHAGASC. (ED.), *Working Group on The Artificial Prolongation of Life and the Determination of the Exact Moment of Death*. Ciudad del Vaticano, Pontificia Academia Scientiarum, 1986.

38 Cfr. IANDOLO C., *Le relazioni interpersonali, en l'approccio umano al malato*. Roma: Armando Armando, 1983: 221-301.

39) PONTIFICIO CONSEJO "COR UNUM", *Quelques questions...*, p. 606.

Realidad demográfica y mundial Políticas que pretenden un cambio en los valores de la familia y de la sociedad

*Dra. Ma. de la Luz Casas Martínez**

Resumen

En 1974 se inicia un amplio movimiento internacional en relación al control demográfico, especialmente dirigido hacia la opinión pública, haciendo creer que este es la solución a todos los problemas mundiales. En respuesta a ello, México publica los lineamientos de control demográfico, y proporciona diversos servicios para facilitarlos. La Dra. Ma. de la Luz Casas nos presenta los principales documentos, y propone que se incluyan los aspectos humanos, tales como los valores morales o religiosos de los usuarios, así como hacer hincapié en la responsabilidad de la sexualidad.

Antecedentes

Desde que en 1974 se nombró a ese el “Año de la Población”, comenzó un amplio movimiento de presión sobre la opinión pública mundial. Los medios masivos de comunicación acentuaban los aspectos más dramáticos y emotivos, pronosticando, en pocos años, una “bomba demográfica” que acabaría con el planeta si no se llevaban a cabo medidas radicales.

La Conferencia Mundial de Bucarest 1974 afirmó la necesidad de la regulación natal como base de un desarrollo económico, y en 1988 el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) apoyó esa medida.

* Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

En 1984 la Conferencia Internacional de Población se llevó a cabo en México, y en ella se pusieron de manifiesto dos posiciones:

a. El control natal es el verdadero remedio para enfrentarse a los problemas de desarrollo económico (Banco Mundial).

b. El crecimiento demográfico sólo aporta miseria cuando el gobierno no cumple con los mecanismos económicos que apoyen las necesidades poblacionales.

Por otro lado, se hace evidente que la problemática poblacional persigue un fin económico, ya que actualmente existen más de 50 organizaciones cuya finalidad es la anticoncepción.

Los organismos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizan programas anticonceptivos en el tercer mundo, y desde 1969 el FNUAP otorga asistencia a organizaciones no gubernamentales, como la International Planned Parenthood Federation (IPPF), UIECP y otras fundaciones. Por su parte, la Ford Motor Company, en 1984, dedicó quince millones de dólares a estos programas.¹ Además, la Fundación Rockefeller y el Populative Council, ligados íntimamente al Banco Mundial, actúan a través de 78 representaciones internacionales, en conjunto con el Club de Roma. Finalmente, la IPPF, fundada en Londres en 1952, se aboca en especial hacia los adolescentes, y se relaciona con el FNUAP y la OMS en sus proposiciones.²

Cabe mencionar que en EE.UU., durante el período gubernamental de Ronald Reagan, se negó el subsidio a programas de planificación familiar que indujeran al aborto, sin embargo, la IPPF prefirió renunciar a la subvención y continuar difundiendo los.

En México la IPPF se conoce con el nombre de MEXFAM y es la organización voluntaria más grande del mundo, presente en 151 países. Posee condición consultiva (Categoría I) ante la ONU y el Fondo de Población de la misma.³

Políticas poblacionales en México

El año de 1988 marcó el vigésimo aniversario del “derecho a la planificación familiar”, enunciado en Teherán, y con esa fecha se adoptó el plan de acción de la Conferencia Internacional de Población de la

Ciudad de México (1984): “decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de sus hijos”.⁴

Las políticas y leyes relacionadas con la salud reproductiva son, pues, normas internacionales. Cada país puede adecuarlas a su medio particular, pero no puede sustraerse totalmente a ellas, pues las ligas políticas y económicas internacionales se lo impiden.

Las bases jurídicas de la política de población en México están situadas en los Artículos 4° y 11° Constitucionales y en la Ley General de Población del 7 de enero de 1974. También, México cuenta con el Reglamento de la Ley General de Población, del 17 de noviembre de 1976 (especialmente los artículos I, II y III), el Programa Nacional de Población 1989-1994 y la Enmienda al Artículo 67° del Programa Nacional de Población, aparecida en el Diario Oficial del 27 de mayo de 1987. Los programas están coordinados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Cito a continuación los Artículos:

Artículo 4° Constitucional. “El varón y la mujer son iguales ante la Ley”. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia, (y) toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamento de sus hijos.

Ley General de Población, Cap. I., Artículo 3°, II. (Ordena al Sector Salud) “Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública y privados; vigilar que se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre, y preserven la dignidad de las familias”, con el objeto de estabilizar y regular racionalmente el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

Reglamento de la Ley General de Población, Cap. 2°, Artículo 9°. “El respeto a los derechos humanos, libertades, garantías, idiosincrasias y valores culturales de la población mexicana serán los principios en los que se sustentan la política y los programas que se apliquen en materia de población”.

Artículo 18°. La planeación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamento de sus hijos, y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Artículo 19°. Los programas de planeación familiar son indicativos, por lo que se deberá proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos.

Artículo 24°. La educación e información sobre la planeación familiar deberá dar a conocer los beneficios que genera decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos, (y sugiere) demorar la procreación del primer hijo y concebir el último durante las edades propicias para una saludable gestación.

Artículo 26°. Los servicios médicos, educativos y de información sobre los programas de planeación familiar garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que desee emplear para regular la fecundación, siempre que se haya demostrado que carecen de efectos secundarios; (y prohíbe) obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo con efectos irreversibles, las instituciones o dependencias que presten el servicio recabarán previamente su consentimiento por escrito.

Artículo 28°. En materia de salud, los servicios de planificación familiar que se proporcionen a menores de edad se registrarán por las normas del derecho común.

Artículo 67°. “La planificación familiar que se dirija a menores de edad y adolescentes tiene carácter de prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad”. “Quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente, o ejerzan presión para que este lo permita, serán sancionados conforme al Artículo 421 de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”.

La reforma incluye las edades de 10 a 19 años en este programa.⁴

Por otra parte, la meta del CONAPO es abatir la tasa demográfica al 1% en el año 2000, lo que implicaría todo tipo de esfuerzos para reducir la tasa de 2.9% actual a 1.6% antes de finalizar el siglo XX.

Para esto, el Sector Salud cuenta con todo el apoyo gubernamental en el logro de sus metas, con el auxilio de los medios masivos de

comunicación y colaboración de la Secretaría de Educación Pública, UNAM y sector médico privado. De esta forma, se realizan cursos, radio, tele y fotonovelas, teatro, concursos, cine, reportajes, cuentos, y material impreso de diversos tipos, todo con la finalidad de concientizar a la población de que:

1. El bienestar de la familia depende del número de hijos (“La familia pequeña vive mejor”).

2. El bienestar de la familia está en función del mejor ingreso económico (“Pocos hijos para darles mucho”).

3. La responsabilidad sexual consiste en no embarazar(se) y no contraer enfermedades de transmisión sexual (“Hijo, si quiere a su novia, es tiempo de ir a la clínica de planificación familiar”).

4. La superación de la mujer actual consiste en ser económicamente productiva.

Con objeto de llevar a cabo la reducción demográfica de la población, el Sector Salud pone a disposición de la población diversos métodos anticonceptivos a elegir.

<i>Temporales</i>	<i>Definitivos</i>
<ul style="list-style-type: none"> — preservativos — hormonales — dispositivo intra-uterino (DIU) — implantes de Levomorgestol (Norplant) 	<ul style="list-style-type: none"> — esterilización femenina — esterilización masculina

En 1992 el IMSS obtuvo el Premio Internacional de Planificación Familiar, al bajar su tasa de embarazos mediante la sensibilización de las usuarias hacia la colocación del DIU posterior al parto, si era primípara, o hacia la esterilización, con dos o más partos.

En México, los métodos de planificación familiar natural no están considerados en los programas oficiales, ya que se les considera de baja efectividad y requieren gran inversión de tiempo para su enseñanza, por lo que tampoco son enseñados en las escuelas de medicina o cursos de

asesoría. De hecho, sólo un pequeño número de países aceptan los métodos de planificación familiar en sus sectores oficiales, por ejemplo, algunos países africanos, Malasia y Perú.

Además, en México tampoco son apreciadas las consideraciones morales o religiosas de los usuarios, y la planificación familiar del adolescente (10 a 19 años) se otorga a petición del mismo, sin requerir consentimiento paterno (ni aun por tratarse de menores de edad).

En estos, se aplican métodos como el DIU y hormonales, cuyos efectos en adolescentes no están médicamente autorizados -el DIU no debe ser usado en nuligestas.⁶

Con respecto al uso de métodos hormonales, la OMS lleva a efecto un estudio sobre el aumento de prevalencia de cáncer de mama en adolescentes y menores de 25 años relacionado con su uso.⁷

Por otra parte, las tendencias mundiales con respecto a la anticoncepción demuestran que la distinción entre anticonceptivos y abortivos es ahora dudosa. Las políticas poblacionales mundiales tienden a cubrirse de la siguiente forma:

a. Anticonceptivos: tecnologías que operan antes del momento de fusión de los gametos, como los de barrera, químicos y hormonales.

b. Procedimientos poscoitales: cubren el lapso entre la fecundación y la implantación, impidiendo la nidación del huevo fecundado y su ulterior desarrollo, como el DIU, Monohormonales y progestágenos.

c. Contragestacionales: actúan desde la implantación hasta las primeras semanas gestacionales, como la aspiración endometrial llamada "regulación menstrual" o el Ru486.

d. Aborto temprano: 1er trimestre.

e. Aborto tardío: después del 2º trimestre.⁸

Países como Liberia, Holanda, Nueva Zelandia, Austria y Alemania Occidental han exceptuado de la definición de aborto las intervenciones realizadas antes del día 21 de la fecundación o del día 35 del último período menstrual.

En 1971 se aprobó en la India la "Ley sobre la Terminación Médica del Embarazo", aceptando que la falla anticonceptiva "constituye una grave lesión para la salud mental de las mujeres".

Argelia, Argentina, Bolivia, Camerún, Etiopía, Honduras, Jamaica, Perú, Uganda y otros países han aducido "razones de salud" para aprobar el aborto.

Desde 1970, al menos 13 países han permitido el aborto a solicitud de la paciente, y en cinco de los seis países más poblados del mundo el aborto es a petición: China, India, EE.UU., Rusia y Japón.⁸

El paso ideológico de la anticoncepción al aborto es muy estrecho y, sorprendentemente, aceptado dentro de las etapas tempranas del mismo aun por el mundo médico, que sabe que la vida se inicia en la concepción. El intento de despenalización del aborto en Chiapas, y su aplicación con fines anticonceptivos, así lo demuestra.

Planificación familiar y educación

Los programas de planificación familiar se complementan con los de educación sexual. Para su mejor comprensión citaremos a continuación un marco referencial.

El programa 1990-1994 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) tiene como meta incrementar sus servicios en el área rural y entre los adolescentes.

Esta iniciativa está apoyada por recomendaciones a nivel mundial surgidos de la 2a. Conferencia Internacional de Población en México. En ella se insta a los gobiernos a que se aseguren de que los adolescentes de ambos sexos reciban una educación adecuada, que incluya la vida familiar y la sexual, con el debido respeto por la función, los derechos y las obligaciones de los padres, y por los valores culturales o individuales cambiantes.

A los adolescentes se les debe proporcionar la información y servicios adecuados de planificación familiar dentro del marco sociocultural cambiante de cada país.

En 1984, la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) dio inicio al Programa Inter-Institucional de Planificación Familiar 1984-1988 en el Distrito Federal y sus 16 jurisdicciones, con el objeto de incorporar al programa a la población de 10 a 19 años, con base en la orientación sexual y la planificación familiar.

En el capítulo sobre las alternativas del adolescente para liberar la pulsión sexual se puntualizaron como opciones las siguientes: masturbación, coito, prostitución o represión (sublimación).

“En el contexto social contradictorio, los adolescentes pagan un alto precio psicológico por liberar su tensión sexual mediante la masturbación

y el coito. Ante el miedo y la prohibición social que pesa sobre estas alternativas, los adolescentes se reprimen y recurren a actividades creativas, saludables y entretenidas, pero no funcionales para la liberación de la tensión sexual. Todo esto hace sumamente necesario brindarle orientación completa y fidedigna de la sexualidad”.¹¹

La SEP, en 1987, editó la “Guía básica de educación sexual para maestros de secundaria”, la “Guía básica de educación para la vida familiar para maestros de educación primaria” en colaboración con CONAPO, y en 1986 el “Cuaderno de educación sexual en los centros de educación especial”.

En este último, en el capítulo 5 “Alternativas que tiene el adolescente para liberar el impulso sexual” se citan varias opciones que dependerán de cada adolescente, pues “nosotros como adultos no debemos elegir por ellos”.¹²

<i>Alternativas</i>	<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<i>Masturbación</i>	<ul style="list-style-type: none"> — libera tensión sexual, — favorece aprendizaje de su sexualidad, — favorece fantasía sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> — culpa por temor cultural o religioso que puede llevarlo a eyaculación precoz futura.
<i>Prostitución</i>	<ul style="list-style-type: none"> — satisfacción sexual sin compromiso, evitando embarazos, matrimonio forzado, etcétera. — permite inicio sexual en jóvenes protegiendo la virginidad de las muchachas, 	<ul style="list-style-type: none"> — tiene costo, — riesgo de contraer enfermedades venéreas por falta de información, — puede ocasionar eyaculación precoz, — angustia al enfrentarse a una mujer experimentada,

<i>Relaciones Sexuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> — propicia aprendizaje en pareja, — permite afirmación sexual por coito. — libera tensión sexual, — permite relación coital — ayuda afirmación sexual con emoción, ternura y sensualidad, aportando madurez emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> — el dinero y el tiempo son lo más importante. — embarazo si no se usan anticonceptivos, — aborto, matrimonio, madres solteras, — culpa por perder la virginidad por sanción social.
<i>Juego Sexual</i>	<ul style="list-style-type: none"> — satisfacción sexual — afirmación sexual — ayuda a aprender la respuesta sexual humana, ya que favorece la creatividad para estimular al compañero, — no requiere dinero, — evita embarazo y sus consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> — existe embarazo, aunque poco frecuente, — culpa si no se llega al orgasmo. — pueden ser sorprendidos, generando sanción familiar.
<i>Abstinencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> — socialmente reconocida en la etapa 	<ul style="list-style-type: none"> — puede afectar sus relaciones de pareja en la etapa adulta por temor y prohibición, — facilita la irritabilidad en adolescentes y con ello los conflictos familiares

Con pocos variantes, los programas oficiales y asociados aportan la misma información. La UNAM, que tiene convenio con CONASIDA y asesoría de MEXFAM, en su programa de educación sexual a través de la DGSM, Preparatorias, ENEPs, CCHs y Facultades, ofrece como opciones la masturbación, las relaciones heterosexuales y homosexuales, y otras variantes.

Por su parte, CONASIDA ha capacitado personal voluntario, desde profesores, público en general y personas dedicadas a la prostitución, para llevar educación sexual a escuelas primarias, secundarias, preparatorias y cualquier foro en que se pida su información. CONASIDA, como asesora de la SEP, promueve en sus contenidos:

sexo protegido	=	uso del preservativo
sexo seguro	=	masturbación mutua

MEXFAM, por su parte, posee un amplio programa audiovisual, casetes, cursos, biblioteca, servicio médico y asesoría orientada en especial hacia el adolescente. A su vez, es asesor de la SEP y promueve los mismos parámetros que esta, a través del libro "Planeando tu vida", que fue el libro base para el "Programa de educación sexual para secundaria" de la SEP, y del "Curso de sexualidad de la gente joven".¹³

El CONAPO y 45 organismos gubernamentales y privados se comprometieron a desarrollar, en 1992, un "Programa Nacional de Educación Sexual", que incluirá todos los niveles de enseñanza, así como capacitación obligatoria en las empresas.

Finalmente, se hace necesario analizar la situación mundial en relación a los programas de educación sexual, por lo que cito el enfoque que le dan los suecos y los norteamericanos.

Suecia, después de 50 años de experiencia en educación sexual, ha ido reformando sus conceptos de 1980 a 1988. Los nuevos manuales de educación sexual en las escuelas destacan la importancia de que esta sea dada por los padres de familia, en congruencia con la escuela, con respeto, tacto y sensatez, en forma integral. "Si sólo se explica el aspecto biológico y médico, los niños recibirán una imagen parcial y deformada de lo que es el sexo".¹⁴ Reconoce el pudor no como una inhibición, sino

como una protección necesaria a la psicología inmadura del niño. “El elemento moral demostrará la necesidad de controlar el impulso sexual mediante la fuerza de voluntad y la autodisciplina... la continencia durante la adolescencia es el único comportamiento que la escuela puede recomendar con buena conciencia”.¹⁴

Los EE.UU., a través del Departamento de Educación, iniciaron en 1987 el programa “El SIDA y la educación de nuestros hijos”, con una guía para padres y maestros. En él se exponen los criterios para los educadores sexuales:

- ayudar a los jóvenes a formarse criterios morales claros,
- enseñar que la continencia es una virtud,
- presentar la educación sexual en un contexto moral,
- hablar a favor de la institución familiar,
- ayudar a los jóvenes a resistir las presiones sociales,
- inculcar responsabilidad a los adolescentes.¹⁵

México, en comparación con Suecia o EE.UU. que llevan 40 años de experiencia, se inicia en el ámbito de la educación sexual. Los programas implantados son semejantes a los utilizados hace muchos años por ellos, sin embargo, su experiencia concluye que no puede darse una solución tecnológica a un problema comportamental, como es la actividad sexual humana, y que la sola exposición científica, sin tomar en cuenta los valores humanos, deforma el verdadero sentido de la relación sexual humana.

Las circunstancias concretas de vida de la mayoría de las familias mexicanas son duras, y es real que el crecimiento demográfico acelerado añada dificultades al problema del desarrollo. Las madres solteras, el “machismo”, la irresponsabilidad sexual, y las relaciones prematrimoniales son hechos reales que exigen soluciones reales, y resulta cierto que la educación integral es la verdadera solución a los problemas humanos cuando esta se expone en un fondo de valores y de trascendencia humana.

La moral natural no es un mero “patrón cultural” que deba ser cambiado en función de un relativismo sociologista. La educación es tarea de todos y hace posible el desarrollo pleno de la persona, orientándola en el ejercicio de sus facultades a la verdad y la libertad, para que dignifique su entorno, transforme la sociedad y construya su historia.

Conclusión

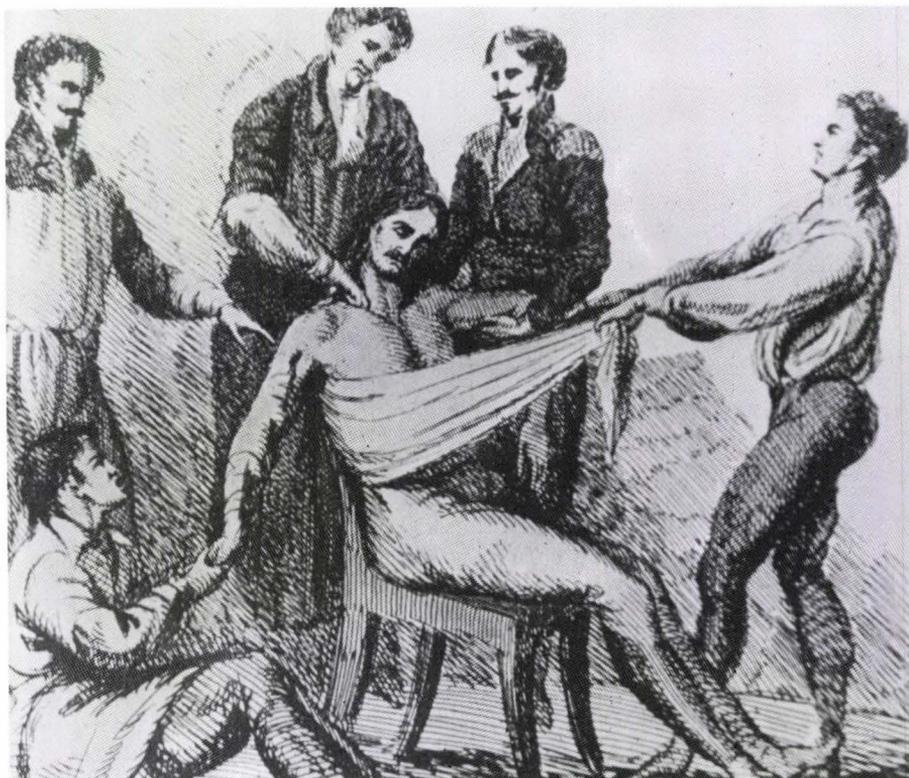
Concretamente, debemos involucrarnos para que los programas de educación sexual actuales en México incluyan:

- tomar en cuenta, prioritariamente, los valores humanos;
- considerar a los padres de familia como los primeros responsables de educar a sus hijos en esta materia;
- fomentar la responsabilidad sexual en jóvenes y adultos por medio del autocontrol o continencia, erradicando el tabú hedonista de que la castidad es antinatural o imposible;
- respetar la patria potestad de los padres ante información o servicios anticonceptivos dados a sus hijos menores de edad sin su consentimiento;
- exigir que sea respetado el reglamento de la Ley General de Población, sin presión a la población y con información veraz al usuario sobre las ventajas, desventajas y mecanismos de cada método ofrecido;
- incluir métodos de planificación natural en los programas, en acato al Artículo 26° del mismo “garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que desee emplear para regular la fecundación”;
- descartar métodos abortivos como el DIU, Norplant, gestágenos, antigonadotróficos, Ru486 u otros métodos que se empleen o se pretendan emplear en el futuro;
- respetar en los médicos y personal de salud la “objeción de conciencia”, para aplicar métodos anticonceptivos o abortivos;
- hacer cumplir el Artículo 26°, impidiendo la esterilización, colocación del DIU u otro método anticonceptivo, sin consentimiento del usuario;
- fomentar una cultura de aprecio a la vida humana, nacida y por nacer, con pleno respeto a la misma en todas sus etapas;
- impedir la manipulación del lenguaje en los medios educativos, ya que propicia la despersonalización y desculpabilización, como:
 - “hacer el amor”, en vez de “tener sexo”,
 - “regulación menstrual” en vez de “aborto”
 - “impedir la implantación”, en vez de “aborto”.

Como seres humanos, nuestra sexualidad debe regirse por una congruencia que nos lleve a conservar los principales valores, sin los cuales la verdadera civilización se vería en peligro.

Referencias bibliográficas

1. DO VAL, Montse, *¿Sobra gente en el mundo?* Mundo Cristiano, Nov. 1990. p. 21.
2. HATCHER ET HATCHER, *Políticas y leyes relacionadas con la salud reproductiva*. Paxman, Tecnología anticonceptiva. Printer Method, 1989.
3. *Informe anual de la IPPF 1989-1990*.
4. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION *Bases jurídicas de la política de población en México*. 1984.
5. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, *Orientación sexual y planificación familiar en la adolescencia*. Sept. 1990.
6. ZARATE, C., *Estado actual de la planificación familiar*. Rev. Fac. Med. UNAM, vol 36, (4): 177-182. Oct-Dic, 1992.
7. *Los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer: comparación de resultados de países en desarrollo y desarrollados*. Outlook, vol 7 (3): 28, abril 1990.
8. HATCHER y cols, *Políticas y leyes relacionadas con la salud reproductiva*. Tecnología anticonceptiva. Printed Method, 1980.
9. CANSECO, *Formación de la sexualidad*. Módulo 5. Unión Nacional de Padres de Familia, 1989.
10. *Boletín informativo de planificación familiar*. vol 2(6), 1986.
11. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, *Programa de planificación familiar en el adolescente*. 1992.
12. SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA, Dir. Gral. de Educación Especial, *Educación sexual en los centros de capacitación de educación especial*. Cuadernos didácticos 1986.
13. PICK y cols, *Planeando tu vida*. ed. Limusa IMIFAP-MEXFAM.
14. SWEDISH NATIONAL BOARD OF EDUCATION, Information Section, *Sex education in Swedish schools*. 1988.
15. US DEPARTMENT OF EDUCATION, *AIDS and the education of our children*. 1987.



Curación de heridas en campo de batalla, Facultad de Medicina, París

La transmisión y la prevención del SIDA

*Francisco Javier Marcó Bach**

Resumen

El SIDA es una enfermedad mortal y no curable, cuyos medios de transmisión son la sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna. Las vías de transmisión son, en el 90% de los casos, la drogadicción intravenosa, la homosexualidad y la heterosexualidad indiscriminada. Además está la transmisión materno-fetal y otras vías ya controladas, como las transfusiones de sangre y hemoderivados, los trasplantes de órganos y la inseminación artificial.

Debido a que el SIDA es incurable, se hace necesario prevenirlo con total seguridad, y no es admisible basar la prevención en un medio que puede fallar, aunque sea sólo de vez en cuando. La prevención más eficaz es el cambio de conducta, evitando el contacto con el virus y luchando para que no crezcan las conductas de riesgo. Los organismos internacionales dicen que las únicas estrategias de prevención totalmente efectivas son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada. El uso del preservativo se recomienda en las conductas con riesgo y con las personas infectadas, ya que es la única barrera de protección que existe, aunque no elimina totalmente el riesgo. La lucha contra el SIDA basada sólo en la protección con preservativo y el uso de jeringas estériles es un error, ya que no hace nada por cambiar las conductas de riesgo y, como siempre hay fallas, no

* Catedrático de Fisiología. Universidad de Santiago de Compostela (España).

impide que siga aumentando el número de infectados. El caso de los preservativos es especialmente grave, porque los estudios epidemiológicos obtienen un porcentaje de fallas en las relaciones sexuales con riesgo del 10 al 27% al cabo de un año, lo que es un índice abrumador para una enfermedad mortal y no curable. Los preservativos proporcionan sexo con menos peligro, pero no sexo seguro, de forma que en la sexualidad indiscriminada sólo disminuye la probabilidad de contraer el SIDA. Las fallas del preservativo son atribuibles a los defectos del producto, a su almacenamiento deficiente o prolongado, a su ruptura y al mal uso o el uso inconstante del mismo.

Se han cumplido ya doce años desde que el Centro de Enfermedades Infecciosas de Atlanta (CDC) comunicase el primer caso de SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que se diagnostica por primera vez entre jóvenes homosexuales de San Francisco en 1981. En febrero de 1983, el francés Luc Montagnier aisló el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 o VIH-1, a finales de ese mismo año demostró que era el causante del SIDA y en 1985 descubrió otro tipo, el VIH-2. Ha sido sorprendente la agresividad y la capacidad de diseminación del virus en este breve espacio de tiempo, de forma que las previsiones siempre se están modificando al alza de una manera espectacular. Nadie podía imaginar hace diez años las cifras actuales del SIDA, pero no menos llamativa ha sido la reacción científica, que en tan poco tiempo ha identificado el agente causal, ha desarrollado métodos de diagnóstico fiables, y ha permitido conocer las vías fundamentales de transmisión y el curso clínico de la enfermedad. Sin embargo, aunque sabemos casi todo de su historia natural y de su prevención, el SIDA no logra detenerse, y es la única enfermedad importante que está incrementando cada año la mortalidad en el mundo occidental. A este respecto, se ha calculado que el SIDA es la primera causa de mortandad entre los 20 y 60 años de edad en los Estados Unidos. En un artículo del British Medical Journal se afirma que el SIDA es el mayor problema sanitario de este siglo en el mundo, al no haber vacunas para prevenirlo ni medios eficaces para curarlo, por lo que las previsiones para el futuro son escalofrantes¹. Cada día hay cinco mil nuevos casos, esto es, tres

nuevos casos por minuto. En Europa, cada nueve meses se duplica el número de casos de SIDA y se calcula que por cada caso declarado hay de 60 a 100 portadores del SIDA todavía asintomáticos.

Un dato importante en el informe de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), presentado en Ginebra el 11 de febrero de 1992, es que predomina la transmisión heterosexual en los nuevos casos. Tanto en los países en vías de desarrollo como en los industrializados, el 70% de los nuevos casos se deben a relaciones heterosexuales, mientras que antes, en EE.UU. y Europa, el 70% de los nuevos casos eran de homosexuales. Como consecuencia de este espectacular aumento de la transmisión heterosexual, se está igualando la proporción de hombres y mujeres enfermos de SIDA, que al principio era de cinco hombres por una mujer, pero se calcula que antes del año 2000 se llegará a la relación 1:1, con lo que se está incrementando el riesgo de la transmisión materno-fetal. El Dr. Rafael Nájera, Presidente de la Comisión Interdisciplinaria del SIDA de España, señaló: "la población actualmente debe ser conciente de que la enfermedad del SIDA puede detectarse en cualquier persona, sea cual sea su condición". El Dr. Montagnier, en una reunión sobre el SIDA celebrada en Bilbao (España) el 2 de marzo de 1993, decía: "más de la mitad de los que van a morir de SIDA todavía no se han infectado... si no se controla la difusión del SIDA en pocos años la epidemia será incontrolable".

Ante este panorama, el confiar en el descubrimiento de una vacuna como única arma para luchar contra el SIDA es una estrategia totalmente arriesgada, ya que si no se logra puede ocurrir una auténtica catástrofe en los próximos años. Hay que tener en cuenta que el SIDA depende de un virus y no de una bacteria. Como todo virus, presenta una alta tasa de mutaciones, lo que dificulta conseguir una vacuna eficaz. Especialmente en el caso del SIDA, el virus VIH se "esconde" al sistema inmunitario al incorporarse en los genes humanos de los linfocitos T, donde permanece inactivo hasta que se vuelve a activar. Los virus del SIDA se esconden y destruyen los sistemas de defensa del organismo, lo cual es muy grave, ya que las vacunas deben activar las células de defensa infectadas por el virus, pero lo que se activa es el virus latente y se desarrolla la enfermedad.

Actualmente estamos muy lejos de la curación del SIDA, y los fármacos que se disponen sólo prolongan y mejoran la calidad de vida

de los enfermos. El SIDA se solucionará cuando se consigan antivirales eficaces. Hoy en día, el principal antiviral es el AZT (Zidovulina), un análogo de la timidina, que por inhibición competitiva con la timidina bloquea la formación de la cadena de DNA a partir del RNA viral. Administrado en pacientes asintomáticos y en los períodos precoces de la enfermedad, frena el virus y la destrucción del sistema inmunitario, pero no detiene su acción, sino que sólo retrasa el desarrollo de la enfermedad y aumenta el tiempo de supervivencia a 2.5 años aproximadamente. El tratamiento es conveniente iniciarlo desde que se detectan los anticuerpos, aunque el paciente se encuentre bien y no haya desarrollo de la enfermedad. De ahí la importancia de las pruebas del SIDA para retrasar el desarrollo de la enfermedad y para no infectar a otros. Los problemas del tratamiento son algunos efectos tóxicos y el alto costo del medicamento, unas 800.000 ptas. por paciente al año, por lo que es como si no existiese para los países del tercer mundo.

Otro antiviral es el DDI (Didanosina), cuyo mecanismo de acción es inhibir la transcriptasa inversa, sin embargo, es un antiviral menos efectivo que el AZT y es relativamente tóxico, por lo que sólo está indicado cuando el paciente es resistente o intolerante al AZT. También se ha aprobado recientemente el DDC (Zalcitabina), que se administra en combinación con el AZT y el 3TC (3 tío Citidina) que está a punto de aprobarse para ser administrado junto al AZT. Además, se están buscando otros antivirales menos tóxicos que puedan bloquear el virus en alguno de los pasos de su ciclo vital, sin dañar las células humanas. Finalmente, se está trabajando en la cooterapia del AZT con otros fármacos, como el Interferón alfa o el Acyclovir, el cual es un antiviral muy efectivo para el tratamiento del herpes.

Vías de transmisión

Los especialistas tienen muy claro que en lo relativo al SIDA lo peor está por venir. Como los antivirales sólo retrasan la progresión de la enfermedad, actualmente el único antídoto eficaz contra el SIDA es la prevención. Por lo tanto, los esfuerzos en la lucha contra el SIDA hay que hacerlos en la prevención de la infección, porque sólo en la medida que se ataje el contagio la enfermedad será vencida. Es urgente educar

e informar de lo que hay que hacer para no contagiarse. Hay que informar que los medios de transmisión de virus del SIDA son la sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna, bastando sólo un contacto con estos fluidos para infectarse. Así, las vías de transmisión son:

1) La drogadicción intravenosa, que en España es la vía mayoritaria (67%) y está estabilizada, mientras que en la mayoría del mundo occidental es la segunda causa y está disminuyendo. El peligro está en el intercambio de jeringas y agujas.

2) La homosexualidad, que en los EE.UU. y la mayoría de los países europeos es el sector mayoritario, pero en España es sólo el 14% de los casos. Sin embargo, en todos los países está disminuyendo. La homosexualidad es una conducta particularmente propensa a la transmisión, un 300% más que la vía vaginal, por ser el recto una zona muy vascularizada y absorbente; por la violencia traumática de ese tipo de relaciones que favorece los desgarros vasculares, y por el elevado número de relaciones con personas diversas.

3) La heterosexualidad indiscriminada y la prostitución, que en África es la vía de transmisión predominante desde que se registró el primer caso, con una relación entre sexos de 1:1. En el resto del mundo predominan los enfermos varones, pero se tiende a igualar la proporción debido al incremento de la transmisión heterosexual, que ha pasado a ser la vía predominante en algunos países. En España, la transmisión por vía heterosexual ha aumentado un 50% de 1988 a 1991, y será la vía más importante a mediano y largo plazo. El virus está presente en el semen y en las secreciones vaginales, y traspasan las mucosas genitales sin ser necesario un traumatismo asociado, habiéndose demostrado la transmisión por inseminación artificial con mucosas intactas. El gran problema de esta vía es la facilidad de diseminación por la posible falta de conciencia de la persona infectada, y por la diversidad de contactos del individuo promiscuo.

4) Las transfusiones de sangre y de hemoderivados, que a partir de 1986 es obligatorio analizarlas, con lo que está controlado en los países desarrollados. El único problema es el período ventana al inicio de la infección, en el que todavía no se detectan anticuerpos en la sangre, por lo que se podría obtener sangre infectada seronegativa. Sin embargo, la posibilidad es mínima, ya que se realiza una autoexclusión al posible donante, mediante preguntas sobre sus conductas de riesgo en el último

año, y si hubo alguna posibilidad de contagio no se le acepta su donación de sangre.

5) La transmisión materno-fetal, que se produce durante el parto y la lactancia. Su porcentaje está aumentando por la transmisión heterosexual en las mujeres, y en España supone actualmente el 2% de los casos. Se ha comprobado que el virus está presente en las secreciones vaginales y en la sangre, por lo que el niño puede aspirar estos fluidos y adquirir la infección en el canal del parto.²⁻⁴ El VIH también se ha encontrado libre en la leche materna y en el calostro, transmitiéndose eficazmente al recién nacido a través de la lactancia materna,^{5,6} por lo que se desaconseja la lactancia natural en las madres seropositivas. Además, aunque se duda de la capacidad del virus para atravesar la barrera placentaria,⁴ se ha comprobado que la madre infectada transmite al hijo anticuerpos protectores contra el virus durante el último mes de gestación, dando como resultado que los niños nacidos a término tienen menos probabilidades de contraer la infección que los que nacen prematuros. La presencia de anticuerpos en el recién nacido, no quiere decir que tengan el virus hasta pasados unos 18 meses, que es cuando desaparecen los anticuerpos adquiridos de la madre. No hay datos de que el embarazo tenga efectos significativos en la enfermedad de la madre seropositiva, pero se ha visto que el tratamiento con AZT puede ser tolerado por la madre y el feto durante el embarazo, sin que se hayan producido malformaciones o nacimientos prematuros dependientes de la administración de este fármaco.⁷

Al principio se estimaba que del 20 al 40% de los hijos de madres portadoras del virus resultaban infectados y, por lo tanto, a la larga desarrollaban un SIDA clínico.⁸ Sin embargo, un amplio estudio de colaboración europea, realizado recientemente en diez grandes hospitales europeos, tres de ellos españoles, constató que la transmisión materno-fetal no supera el 13%. Para ello se monitorearon 600 niños de madres VIH positivas, que fueron controlados hasta los 18 meses de edad.⁹ En otro trabajo se obtuvo una transmisión del 10%.¹⁰

Las discrepancias respecto a otros estudios, según indica el estudio cooperativo europeo, pueden deberse a la utilización de una metodología menos rigurosa que la de ellos. En todo caso, la práctica del aborto en madres VIH-positivas no está justificado, ya que para evitar el sufrimiento del 10-13% de los niños, se propugna, de forma poco razonable, el

exterminio de todos mediante el aborto terapéutico que, en sí mismo, es de mayor poder letal que el propio virus y tiene una importante morbilidad psicológica en la madre.^{11,12}

6) Contagio del personal sanitario. Los médicos y enfermeras que atienden los enfermos de SIDA pueden contagiarse a través de la sangre del paciente o, accidentalmente, en operaciones quirúrgicas y odontológicas. Algunos estiman que hasta en el 30% de las intervenciones quirúrgicas y odontológicas se producen perforaciones en los guantes y autolesiones con agujas o bisturís. Sin embargo, en el Informe Hastings del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) se dice: “a pesar de que la preocupación por parte de los profesionales en especialidades quirúrgicas está aumentando, en estos estudios la distribución de trabajadores sanitarios con peligro bien definido de infección del VIH, era similar a la de los que carecían de riesgo identificado... los estudios combinados de casi 1,400 asistentes sanitarios y de 1,300 asistentes dentales (incluyen 1,132 dentistas, 131 higienistas y 46 asistentes), sugiere que el riesgo de infección del VIH es extremadamente bajo; probablemente menos de uno por cada 200 incidentes (0.5%) de contacto por membranas mucosas o inoculación parenteral de sangre, fluidos o excreciones infectadas.” Es importante comparar los riesgos ya observados que tienen los asistentes sanitarios de una infección del VIH, con los del 6-30% de riesgo de adquirir la infección VHB (hepatitis B) tras contacto parenteral con la sangre de pacientes.

Según la OMS, sólo hay transmisión en 6 casos por cada cien mil (0,6 por mil) por pinchazos accidentales con jeringas contaminadas, y en un estudio de la Comunidad Europea se calculó que el riesgo de contagio del personal sanitario es del 0.2 por mil. Por lo tanto, el SIDA puede transmitirse al personal sanitario, pero es muy poco frecuente, y normalmente no habrá transmisión si se utilizan guantes, material desechable y se siguen las pautas habituales de desinfección. En general, un simple pinchazo no basta, sino que es necesario una inoculación de sangre infectada.

7) Otras vías de transmisión, ya controladas, son la inseminación artificial mediante semen infectado y el trasplante de órganos y tejidos de donantes infectados. También podría haber contagio en las barberías y en la manicura, pero utilizando instrumentos desinfectados o

desechables y con las condiciones higiénicas normales no hay peligro de transmisión.

8) No existen pruebas de transmisión a través del alimento, saliva, heces, agua, aire, picaduras de insectos, por toser o estornudar. Aunque se ha aislado el virus en casi todos los líquidos del organismo, como la saliva, el sudor, las lágrimas, la orina y el líquido cefalorraquídeo, hay que distinguir entre el aislamiento del virus y la transmisión. Para que exista transmisión es necesario que el virus pase a la otra persona en cantidad suficiente y que exista un contacto íntimo a través de la sangre, el semen, los fluidos vaginales o la leche materna. Debido a que es un virus frágil, el VIH sobrevive poco tiempo fuera del organismo, y su vida media depende de la temperatura y de la humedad ambiental, pero se neutraliza con lejía o calentándolo a 56°C durante 30 minutos. Así, las vías de transmisión son sólo la sexual, la sangre, y la materno-fetal. Por ejemplo, no se han descrito casos de contagio por pinchazos con jeringas abandonadas en la calle. Como dato de referencia, el virus del SIDA es de 20 a 100 veces menos contagioso que el virus de la hepatitis B.

De lo anterior se concluye que no hay riesgo de infección por la convivencia con infectados, ya sea en la escuela, en el trabajo o en la familia. Además, los cuidados que se deben de tener para evitar la transmisión son menores a los de otras enfermedades infecciosas, al no transmitirse por la respiración, la tos o la saliva. Se han realizado estudios en familias de enfermos del SIDA, que han convivido con ellos durante años bajo el mismo techo y en contacto directo y ni un sólo miembro de las 400 o más familias examinadas contrajeron el SIDA, además de que en otros ámbitos sociales el riesgo es aún menor que en casa.¹⁴ Nadie ha demostrado que se hayan producido casos debido a la convivencia con infectados, por lo que el miedo que existe no corresponde al riesgo.

Medios de prevención

Todos hemos recibido abundante información sobre el uso de los preservativos para prevenir el SIDA, sin embargo, los datos que se aportan son incompletos en muchos casos, de manera que se hacen recomendaciones sólo con base en datos parciales en relación a los medios de prevención. En España, por ejemplo, se ocultan sistemática-

mente algunas de las normas de prevención que recomiendan los organismos internacionales, llegando a mutilar incluso un trabajo del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), titulado "Los condones para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual".¹⁵ Dada su importancia, el trabajo ha sido reproducido en diversas revistas científicas de todo el mundo,¹⁶ así como en el Boletín Epidemiológico semanal del Ministerio de Sanidad de España.¹⁷ Sin embargo, en este último sólo se reproduce un resumen, que es una traducción literal, y se suprimen sistemáticamente los párrafos que se refieren a dos de los tres medios de prevención que recomienda el CDC, por lo que no es un resumen, sino un artículo censurado que elimina una parte sustancial de las normas básicas de la medicina preventiva.

Lo anterior es muy grave, porque es falsear la verdad y desinformar tanto al público como a los médicos que no tienen acceso a otras publicaciones. Por ello, voy a aportar los datos completos sobre cada uno de los medios de prevención del SIDA, así como las recomendaciones de los organismos internacionales y de los máximos expertos mundiales del SIDA, para que cada uno decida el medio de prevención que crea más oportuno.

En el caso del SIDA, prevenir no sólo es mejor que curar, sino que prevenir es la única opción a seguir. Ante cualquier epidemia mortal, los métodos de prevención son dos:

1. Un cambio de conducta para evitar el contacto con el agente causal de la epidemia, que es siempre el método más eficaz.
2. Si no se puede evitar el contacto con el agente causal hay que utilizar medios de protección, que normalmente presentan fallas técnicas y/o humanas, por lo que son menos eficaces. En el caso del SIDA, los medios de protección son las jeringas estériles para la drogadicción intravenosa y el preservativo para las relaciones sexuales. Sin embargo, en el caso del preservativo la información es muchas veces incompleta y deformada, ya que se da a entender que es la única solución y que los preservativos son totalmente seguros, lo cual difiere de los datos reales.

1. Cambio de conducta

Desde el punto de vista epidemiológico, la prevención siempre es más eficaz cuando se aborda en los primeros estadios, más que en los últimos.

Por lo tanto, conviene actuar durante el “proceso de producción de la enfermedad” luchando para que no crezcan las conductas de riesgo. Eso es válido para cualquier epidemia mortal, como tifus y cólera, pero en el caso del SIDA es necesario prevenir con total seguridad, mediante un cambio de las conductas riesgo, y no vale una prevención parcial ante una enfermedad mortal e incurable.

Los estudios disponibles indican que la conducta está cambiando significativamente en los últimos años, como consecuencia del mayor conocimiento del público sobre el SIDA.¹⁸⁻²¹ Así, ha cambiado la conducta a nivel hospitalario con una mayor protección del personal sanitario; con el cribaje serológico tanto de las donaciones de sangre y hemoderivados para transfusiones como de órganos y tejidos para trasplantes, y con la administración directa del factor antihemofílico a los hemofílicos. Actualmente, el 90% de los casos de transmisión del SIDA se producen a través de la drogadicción intravenosa, la homosexualidad y la heterosexualidad indiscriminada, por lo que si cambiasen estas conductas, prácticamente habría desaparecido la transmisión del SIDA. Se ha registrado que la homosexualidad está disminuyendo y que se ha estabilizado la drogadicción intravenosa, pero el gran problema que preocupa en este momento a los responsables médicos es la heterosexualidad indiscriminada. El SIDA puede ser considerado como una enfermedad venérea de transmisión sexual, ya que el 70% de los casos son por vía sexual, y se calcula que en el año 2,000 será el 80%.

Todos los especialistas están de acuerdo en que el único medio de prevención eficaz es el cambio de las conductas de riesgo. Si no disminuyen estas conductas, nadie puede asegurar que la enfermedad será erradicada y que la difusión del SIDA disminuirá. Mientras persistan los comportamientos que favorecen la transmisión del virus habrá un aumento de los infectados, y un crecimiento exponencial de la enfermedad. En este sentido, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) ha declarado repetidamente: “las únicas estrategias totalmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada”.¹⁵ Este es uno de los párrafos que han sido suprimidos en el Boletín Epidemiológico Español del Ministerio de Sanidad. La censura institucional debe creer, en su ignorancia y fanatismo, que este criterio

científico tiene alguna intención moralizante o que es un criterio confesional impropio de una época tolerante y permisiva, lo cual dista mucho de la realidad, ya que el evitar el contacto con el agente causal de una epidemia es la norma higiénico-sanitaria clásica y la más efectiva para cualquier epidemia, sea tifus, cólera o SIDA.

La declaración del CDC ha sido recogida también por la OMS, el FDA,²² y la mayor parte de las asociaciones médicas del mundo. De forma ilustrativa, en EE.UU. podemos mencionar los siguientes organismos: American Medical Association²³, American College of Physicians,²⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists,²⁵ U.S. Surgeon General,²⁶ y American Association of Infectious Diseases.²⁷ A manera de ejemplo, la última asociación mencionada dice en un informe sobre el SIDA: “una efectiva educación de la salud respecto a las posibilidades de no habituarse a las actividades de alto riesgo es, en este momento, el método más importante para controlar la difusión epidémica del SIDA... los esfuerzos en la prevención primaria deberían incluir la educación de adolescentes y adultos respecto a la transmisión del VIH, y el estímulo de la abstención o de las relaciones sexuales monógamas... muchas personas pueden ser persuadidas a cambiar su comportamiento si son adecuadamente informadas y aconsejadas”.²⁷

El Grupo Operativo de los Servicios Preventivos de los EE.UU., por encargo del Departamento Americano de Salud y Servicios Humanos, ha publicado recientemente la “Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica”, la cual es el resultado de cuatro años de trabajo de 20 equipos médicos de los EE.UU., realizado con objeto de valorar la efectividad de 169 intervenciones médicas que se utilizan para prevenir y curar las 60 enfermedades más importantes, entre las que se encuentra el SIDA. En el capítulo del SIDA dice: “existe evidencia de que la frecuencia de las conductas de alto riesgo pueden ser reducidas como respuesta a la información suministrada mediante una instrucción pública”.²⁸ Más adelante, en el apartado de Intervención Clínica, dice: “el personal clínico debe hacer una historia sexual y de uso de droga completa a todos los pacientes adolescentes y adultos, y los pacientes sexualmente activos deberían recibir información completa sobre el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Además, deberían ser aconsejados de seguir las estrategias más eficaces para prevenir la infección por VIH u otras enfermedades transmitidas sexualmente,

como son abstenerse del sexo o mantener una relación sexual monógama, mutuamente fiel, con una pareja que se sabe que no está infectada”,²⁸ y proporcionar, en segundo término, las recomendaciones sobre los condones que luego veremos.

La mayoría de la población no tiene que cambiar de conducta para prevenir el SIDA, ya que no está sometida a las condiciones de riesgo, que son, fundamentalmente, la drogadicción intravenosa y la sexualidad indiscriminada. Para estas personas basta con que sigan lo que los organismos internacionales recomiendan como más eficaz, esto es, la relación sexual estable con una persona no infectada. Según las estadísticas, aproximadamente el 50% de los homosexuales tienen relaciones con más de 50 personas en su vida, mientras que en la población heterosexual, sólo el 10% tiene relaciones con más de 10 personas, y por arriba del 50% de las mujeres sólo han tenido relaciones con un hombre, su marido o compañero. La fidelidad no es algo teórico o espiritual, sino es algo muy pragmático y clave en el amor. Se puede discutir si es algo natural o impuesto, pero la realidad es que si eres infiel, tu pareja no te aguanta. La falta de sinceridad y la infidelidad quiebran a la pareja. La fidelidad es un canon que hay que pagar en el amor, y si faltas a ello sólo se crean disgustos y problemas, entre ellos, el peligro de contagio del SIDA.

El mayor riesgo del SIDA está entre los 20 y los 30 años de edad, que es antes de crear una familia y después de la adolescencia, durante la cual no suele haber relaciones completas, o si las hay no es con prostitutas(os) o con personas promiscuas, sino con personas vírgenes. Se recomienda, si es que hubo una práctica de riesgo, realizar la prueba de detección de anticuerpos, para no infectar otros y para empezar el tratamiento si se está infectado, de forma que se retrase el desarrollo de la enfermedad y aumente la supervivencia. La abstinencia está recomendada especialmente para los adolescentes, que por su inmadurez no se les puede pedir que lleven relaciones sexuales estables. Así, el Board of Education de Nueva York, obliga a todo el personal que contrata para hablar de la prevención del SIDA en las escuelas, a hablar, en primer lugar, de la abstinencia, y a dedicar más tiempo e intensidad a esta medida de prevención que a otras.

Para acabar este apartado, el Dr. Michael Merson, Director del Programa Global Sobre SIDA de la OMS, señaló, en la clausura de la III

Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA celebrada en Caracas en 1990, lo siguiente: “hay que insistir en la lucha contra el SIDA cambiando los hábitos de las personas, para lograr el control de la enfermedad y evitar que siga creciendo el número de los infectados”, y pidió a todos los presentes que “tuvieran el coraje para hablar francamente sobre el SIDA y sobre el comportamiento sexual que hay que seguir para evitar el contagio”. Sin embargo, en algunos países no se hace este tipo de prevención, evitando decir toda la verdad al no recomendar como medio más eficaz de prevención las relaciones sexuales estables y evitar la homosexualidad y la drogadicción intravenosa.

2. Medios de protección

La prevención es mediante preservativos y jeringas estériles, sin embargo las estadísticas demuestran que la prevención practicada únicamente en el último estado es poco eficaz, ya que no se hace nada para modificar las conductas de riesgo. Además, siempre hay fallas técnicas o humanas en los medios de protección, por lo que la posibilidad de contagio no desaparece y no impide que siga aumentando el número de personas infectadas de SIDA. Las jeringas y agujas estériles son eficaces para evitar la transmisión por drogadicción intravenosa y hay datos que indican que se ha estabilizado esta vía de transmisión, fundamentalmente por un cambio de conducta, ya que hay una fuerte disminución en la utilización intravenosa de drogas. Sin embargo, muchos de los que continúan, no hacen caso del consejo de las jeringas estériles, porque son caras y es un riesgo más que asumen. Según un artículo: “más del 90% de todas las drogadicctas interrogadas en Nueva Jersey sabían que el SIDA podría transmitirse utilizando las mismas agujas que otros drogadicctos, y más del 80% estaban enteradas de la transmisión heterosexual y por vía intrauterina de las madres infectadas de VIH a los hijos sin nacer. Sin embargo, las drogadicctas seguían compartiendo agujas y mantenían relaciones sexuales sin obligar a sus compañeros a usar un preservativo... esos resultados muestran, una vez más, que en materia de educación sanitaria puede darse información sin que, como consecuencia, se produzcan cambios de comportamiento... para una drogadiccta que está viendo morir a su alrededor a sus amigos y conocidos, por sobredosis, por adulteraciones de droga, por hepatitis-B y otras

infecciones, enfermar del SIDA es un riesgo más, que no le lleva a cambiar de conducta”.²⁹

El tema de los preservativos es más grave, porque existe una gran desinformación al omitirse parte de los datos existentes. Como antes, me voy a limitar a dar la información científica completa, así como las recomendaciones de los organismos internacionales, para que cada uno decida lo que crea que es más adecuado. Los preservativos son un medio que se venía utilizando como contraceptivo y para disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis y la gonococia, desde la antigüedad. Sin embargo, prácticamente dejan de utilizarse a partir de los años 60, ya que los antibióticos resultan más eficaces para combatir las enfermedades de transmisión sexual, y las píldoras y otros métodos anticonceptivos eran más seguros y menos molestos (el preservativo afecta a la espontaneidad y a la sensibilidad sexual).

El axioma de anticoncepción de los años 70 en los medios de planificación familiar decía que los contraceptivos hormonales son el método más seguro, lo cual es cierto, y que casi no tenían efectos secundarios, lo cual es falso, mientras que los preservativos se denostaban por que eran poco seguros, antinaturales y disminuían la sensibilidad. Actualmente, sin embargo, el axioma es el contrario. Se dice que el preservativo es un método seguro y se desaconseja el uso de las píldoras hormonales ya que, por sus efectos secundarios, es el método contraceptivo que presenta más riesgos para la salud. La realidad es que el preservativo es el segundo método contraceptivo menos seguro de los aprobados por la OMS, siendo el menos seguro los espermatizadas, y la OMS lo califica con un índice de eficacia del 87 al 90%, que es un índice inferior al resto de los contraceptivos (superior al 95%). Hace unos años, la OMS realizó un estudio con más de cinco mil parejas, las cuales se comprometieron a utilizar preservativos en todas sus relaciones sexuales. Al cabo de un año quedaron embarazadas el 10% de las mujeres mayores de treinta años y el 20% de las adolescentes menores de 18 años. Son los llamados hijos del condón. Hasta hace poco, un criterio que repetían con frecuencia los ginecólogos era que usando únicamente el preservativo como método anticonceptivo se tenían muchas posibilidades de tener un hijo al cabo de un año, por una u otra razón.

Por lo anterior, decir que los preservativos son seguros es engañar y favorecer la irresponsabilidad, ya que la menor probabilidad de concepción con el preservativo se contrarresta con un mayor número de relaciones sexuales supuestamente seguras, dando como resultado que, al final, el número de embarazos no deseados se incrementa. De hecho, no hay ningún país en el que el fomento del preservativo haya disminuido los embarazos no deseados y el número de abortos. Cuando se generaliza el uso masivo de contraceptivos en un país, no disminuye el porcentaje de embarazos no deseados y de abortos, en contra de lo que dicen ciertas propagandas que argumentan que los contraceptivos previenen los abortos. Así lo demuestran los datos estadísticos de todos los países que han promovido el uso masivo de contraceptivos desde hace décadas, e incluso se observa que con la introducción de los anticonceptivos, entre ellos el preservativo, la incidencia de embarazos no deseados, de abortos y de enfermedades de transmisión sexual está creciendo alarmantemente. Al respecto, ya en 1955, el representante de Suecia en el V Congreso Internacional de Planificación Familiar reconoció que el número de embarazos no deseados y abortos había aumentado con una campaña de preservativos. En estos 37 últimos años, todas las campañas semejantes siempre aumentaron el número de embarazos no deseados y de abortos.

3. Eficacia del preservativo para evitar la transmisión del SIDA

En las conductas de riesgo se aconseja que se utilice el preservativo al ser la única barrera de protección que existe, lo cual es correcto, aunque debe quedar muy claro que en una relación con una persona infectada, o que pueda estar infectada, hay que emplear el preservativo cuidando todas las normas de utilización. Ahora bien, decir sólo esto es dar una información incompleta. A veces se da a entender que el sexo con preservativos es sexo seguro. ¿Eso es cierto? ¿Es el preservativo un medio seguro para prevenir una enfermedad mortal y no curable? Tengan en cuenta que el virus del SIDA es de los más pequeños y 500 veces menor a un espermatozoide. Veamos qué dicen los organismos internacionales de la salud respecto a la eficacia del preservativo.

El CDC dice: “las únicas estrategias de prevención totalmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada. El condón, si se

usa adecuadamente en cada acto sexual, puede reducir, no eliminar, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Los individuos que tengan probabilidad de contagiarse, o ya están infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), deberían ser conscientes de que el uso del condón no puede eliminar por completo el riesgo de contagiarse o de contagiar a otros".¹⁵

Hoy está suficientemente probado que la eficacia del preservativo para evitar la transmisión del SIDA es relativa, y los responsables de la salud saben que el preservativo no está deteniendo la epidemia del SIDA, como lo demuestran los datos de los países que han fomentado sólo el uso del preservativo.

El Dr. Michael Merson, Director del Programa Global sobre el SIDA de la OMS, señaló el 20 de enero de 1992: "es exigible que se sepa que el preservativo reduce el riesgo, pero no lo elimina". Esta misma advertencia se pone en los prospectos de los preservativos, como los de la marca Durex: "los preservativos no eliminan el riesgo, pero proporcionan protección".

¿Por qué se oculta en muchos países que los preservativos no eliminan totalmente el riesgo, y que no es la única solución para prevenir una enfermedad mortal y no curable?, ¿Por qué no se dice que el cambio de conducta es el medio más eficaz de lucha contra cualquier epidemia, como es el caso del SIDA? Es un error médico el no aclarar que el uso del preservativo tiene fallas, y el dar a entender que es un medio totalmente seguro, es engañar. Ante una enfermedad mortal y no curable es exigible el consentimiento informado, esto es, la obligación del médico de informar de los riesgos de una actuación médica antes de realizarla o de recomendarla. Resulta muy arriesgado, y es una irresponsabilidad social, basar la prevención del SIDA sólo en el uso de los preservativos, ya que al tener relaciones sexuales indiscriminadas hay posibilidades de contagiarse y de contagiar a otros, aumentando el número de infectados y la magnitud de la epidemia. Lo anterior no es una hipótesis, sino un hecho basado en los datos de los países que han fomentado sólo el preservativo para luchar contra el SIDA, los cuales han obtenido resultados opuestos a los pretendidos, con un gran incremento de la transmisión heterosexual y, en consecuencia, de la materno-fetal. Esos países actualmente advierten que lo más seguro es el cambio de conducta, y de no darse esta se hace necesario utilizar como

medio de protección el preservativo, aunque no es una solución totalmente segura.

Hay una revisión de 1990 que recoge los resultados de diversos estudios epidemiológicos, y llega a la conclusión de que el empleo del condón consigue una disminución del riesgo, pero persiste un riesgo residual del 13 al 27%. En el resumen dice: “el condón ha sido recomendado en varios países como la protección más importante contra la infección por el VIH... antes de la epidemia del VIH, el condón se usó para impedir la gestación y disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Para impedir una infección mortal como es la del SIDA, es obligatorio emplear modos seguros de protección. Los estudios más recientes sobre la prevención del SIDA, cuidadosamente planeados, demuestran que la suposición de que los preservativos ofrecen una protección fiable ante el VIH es una ilusión peligrosa... con un riesgo residual del 13% al 27%.”³⁰

En otro trabajo se concluye que la tasa de seroconversión al SIDA, en 2 años y en parejas heterosexuales haciendo uso de preservativos, es del 17%. Nadie describiría como segura a una compañía aérea que tuviera una tasa de accidentes del 17%. ¿Por qué no se dice lo mismo cuando se trata de sexo? Sólo es verdad que los preservativos son temporalmente menos letales, en el mejor de los casos. Sin embargo, con el paso del tiempo, aun las personas no monógamas, habituadas al uso del preservativo, van a contraer el SIDA. A los 4 años, la tasa de seroconversión al SIDA pasa al 34% y cada 2 años aumenta un 17%.³¹ En la Guía Médica de Actividades Preventivas del U. S. Preventive Service Task Force dice: “incluso en las condiciones óptimas, los condones no son siempre eficaces en la prevención de la transmisión. Las fallas de los condones se producen en una tasa estimada del 10 al 15% ya sea como consecuencia de una falla del producto, o como consecuencia del uso incorrecto o inconstante del mismo”.³²

4. Causas de las fallas de los preservativos

En el trabajo del CDC sobre la efectividad de los condones se recogen los datos existentes sobre las causas de las fallas¹⁵, aunque no proporcionen los porcentajes sobre la importancia de cada causa al ser imposible valorarlas. El resumen de los datos del CDC son:

a) La presencia de poros: los estudios de laboratorio demuestran que los condones naturales, como los de intestino de cordero, no son efectivos para detener el virus del SIDA ya que tienen pequeños poros. Sin embargo, los condones de látex generalmente no tienen poros y en las condiciones experimentales empleadas, bloquean el paso de virus del SIDA, Hepatitis B y otros.

b) El riesgo de transmisión del VIH con los condones es atribuible a fallas por defecto del producto, por un deficiente almacenamiento, por la ruptura o por el mal uso del mismo.

c) Respecto a los defectos de fabricación, el CDC recoge los datos de una inspección que realizó el FDA en 1987 sobre los condones que se vendían en los EE.UU., donde su fabricación está regulada desde 1976. El FDA aplicó la prueba de agujeros al agua, que consiste en llenar los preservativos con 300 ml. de este líquido y ver durante 1 minuto si la pierden. La muestra estudiada fue de 430 marcas (102.000 condones), siendo 165 marcas de los EE.UU. (38.000) y 265 marcas extranjeras (64.000). Los resultados que se obtuvieron indicaron que el 12% de las marcas de los EE.UU. y el 21% de las marcas extranjeras no tenían un nivel de calidad suficiente respecto a los poros. Cabe mencionar que estos datos fueron suprimidos en la reproducción del Boletín Epidemiológico Español.

Un estudio español realizado en 1990 por la Unión de Consumidores español encontró, con la misma prueba de agujeros al agua, que el 27% de las marcas que se vendían en España no tenían un nivel de calidad suficiente. En Marzo de 1992 apareció otro estudio de la Unión de Consumidores, y la conclusión fue que el 50% de los preservativos no superó las pruebas realizadas con los criterios de la Unión Internacional de Consumidores, aunque el 96% cumplía las normas UNE aprobadas en 1991.³³ En todo caso, los expertos están de acuerdo en que el menor de los riesgos está en la calidad del preservativo, aunque depende de la marca, y en que hay otras muchas causas que se van sumando, incrementando el riesgo.

d) El almacenamiento del preservativo, que debe estar en ambiente fresco, empaquetado en cajas para evitar daños por pinchazos o roces, y etiquetado con la fecha de caducidad. Las fallas son por la falta de la fecha de caducidad -no deben estar decolorados, pegajosos, quebradizos-, o por la mala conservación.

e) La ruptura durante su uso: no hay datos sobre la frecuencia y las causas de la ruptura de los condones, ni sobre la susceptibilidad a la ruptura según el grosor o el tamaño, ya que depende del tipo e intensidad de la relación sexual. Sólo se sabe que en la relación no vaginal la frecuencia de ruptura es mucho mayor.

f) El uso incorrecto. El CDC y la Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica recomiendan no reusarlos; colocarlos antes del contacto genital; ponerlo y retirarlo con el órgano erecto, y no usar nunca lubricación externa oleaginosa (vaselina, aceites vegetales, cremas), ya que reblandecen y dañan el látex. El condón no sirve de protección si hay contacto bucal con fluidos vaginales o con sangre de heridas, ya sea de ese momento o anteriores, por ejemplo, de las encías debido al cepillado de los dientes.

g) El uso inconstante es una causa muy importante del elevado índice práctico de fallas del preservativo. En un trabajo muy ilustrativo de Margaret A. Flischl,³⁴ se estudiaron 32 matrimonios donde uno de los conyuges estaba infectado y el otro no. Los resultados obtenidos al cabo de un año, en esta situación de máximo riesgo, fueron: hubo seroconversión en 13 de los 32 matrimonios (41%), y no fueron infectados 19 (58%). El tipo de conducta de los matrimonios fue: abstención en 8 parejas y ninguna quedó infectada (100% de eficacia); las 24 parejas restantes utilizaron preservativos, dándose 13 infectados (54% de fallas) y 11 no infectados (46% de eficacia). Sin embargo, sólo 10 de las 24 parejas (42%) habían utilizado siempre el condón, y de ellas hubo 1 infectado (10% de fallas del condón). Finalmente, 14 de las 24 parejas alguna vez no lo utilizaron (58% de fallos humanos por inconstancia) resultando 12 infectados (86% de transmisión). Resumiendo lo anterior, de los 24 matrimonios que utilizaban habitualmente preservativos, sólo 10 (42%) no dejaron nunca de utilizarlo (10% de contagio), y hubo 14 parejas (58%) que alguna vez no se lo pusieron, a pesar de que sabían que era una situación de máximo riesgo, y se infectaron el 86%.

Pasa como el Coitus Interruptus, que teóricamente es eficaz como contraceptivo, pero en la práctica es inaceptable por su bajo índice de seguridad, ya que muchas veces no se interrumpe la relación en el momento adecuado. Además, hay multitud de trabajos que indican que la psicología masculina tiene un rechazo inconciente hacia los preservativos, al reducir la sensibilidad y tener que parar a ponérselo en

pleno momento de pasión, y aunque estén muy concientizados, a veces no se lo ponen. La conclusión de esos trabajos es que la utilización del preservativo en las conductas de riesgo suele ser inconstante en muchas parejas, por las molestias que produce, por la disminución de la sensibilidad y de la espontaneidad y por diversas actitudes culturales.³⁵⁻
³⁷ Por ejemplo, las prostitutas comunicaban que sólo el 4% usaba el preservativo en todas las relaciones sexuales.³⁸

Cada factor, por sí sólo, produce un riesgo pequeño, pero sumándolos da el índice de fallas del 10 al 27% que han obtenido los diferentes trabajos epidemiológicos. Se puede discutir, hasta el infinito, sobre la efectividad teórica y práctica de los preservativos, ya que hay puntos de vista para todos los gustos. Lo ideal es que no hubiese fallas, pero la realidad obtenida en poblaciones en las que se les enseña a utilizarlos correctamente y se comprometen a ponérselos siempre, es que se registran índices de contagio del 10-27% al cabo de un año. Por lo tanto, el preservativo protege del SIDA, pero a la vez incrementa la probabilidad de que haya más SIDA, debido al aumento de las conductas de riesgo y del número de infectados. Cada 20 segundos hay un nuevo caso de SIDA y el gran aumento en la venta de preservativos no está impidiendo el crecimiento geométrico del número de infectados. En 1988 se hizo una campaña de fomento del preservativo en los EE.UU., pero están de vuelta de estas campañas, como lo indica una editorial de Lancet: “los contactos heterosexuales y homosexuales, así como el abuso de las drogas intravenosas siguen catalizando la expansión de la epidemia. Por desgracia, el progreso de la prevención en estos campos señalados ha variado de decepcionante a abiertamente irresponsable (se refiere a la campaña del preservativo). El cambio de conducta es la forma segura de protección, pero parece que no se ha sabido inducirla de un modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre las conductas de alto riesgo”.³⁹ En la campaña actual de información sobre el SIDA en los EE.UU. se advierte: “el preservativo está bien lejos de ser seguro. El profiláctico es, hoy en día, la única barrera en las relaciones sexuales con riesgo, pero es una barrera muy limitada. No se puede consentir, sin riesgo, cualquier estilo de vida”.

Respecto a las declaraciones de los expertos de SIDA sobre los preservativos, el trabajo del CDC termina diciendo: “las recomendaciones para la prevención deberían insistir en que la reducción del riesgo de

infecciones es más efectiva con la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada. Los condones no dan una protección absoluta para la infección, pero si se usan adecuadamente reducen el riesgo de infección”.¹⁵ En una conferencia internacional sobre el SIDA, el Dr. E. Sgreccia dijo: “pretender basar la prevención en la difusión de profilácticos es un error contra la prevención misma, pues por un lado, como ya se ha dicho, los preservativos, por diversas causas, no son eficaces en un porcentaje considerable de casos. Añádase a esto, que la partícula del VIH es 500 veces más pequeña que el espermatozoide, por lo que se puede filtrar más fácilmente, aumentando así las posibilidades de contagio. Es un hecho estadísticamente comprobado, que uno de cada cinco o seis contactos sexuales con preservativo es ineficaz”.⁴⁰

En esa reunión, William Blattner, Director del Departamento de Epidemiología Viral de NIH de Bethesda, dijo: “favorecer el uso del preservativo es un error, puesto que sólo hace aumentar los comportamientos arriesgados”.⁴¹

El Dr. Jérôme Lejeune, miembro de la Academia de Medicina de Francia, director del Instituto Progenese de París y descubridor del origen del Síndrome de Down, dice: “si el preservativo no es una barrera infranqueable para los espermatozoides, menos aún para el virus del SIDA, que es 500 veces más pequeño que el espermatozoide. Como puede suponerse, decir que el preservativo es eficaz para prevenir el SIDA es un absurdo... un sodomizador seropositivo hará correr a su compañero un riesgo de por lo menos uno entre diez de contraer la enfermedad mortal..., por lo que es totalmente imposible calificar de mal menor un comportamiento tan peligroso para otro ser humano”.⁴² Investigadores daneses afirman: “pensar que usando preservativos se puede tener sexo verdaderamente seguro con una pareja VIH-positiva es una ilusión peligrosa”.⁴³ Expertos americanos dicen en una editorial: “los preservativos no significan sexo seguro en la era del SIDA... aconsejar a las personas que son portadores o a las personas con conductas de alto riesgo de que es seguro tener relaciones sexuales usando condones es falso, y da un sentido erróneo de seguridad que puede matar a los participantes... tanto los profesionales como el público han sido desorientados, creyendo que el sexo con condón es seguro. Esta hipótesis nunca ha sido comprobada científicamente, y considerando

que la tasa de preñez es del 10% con el uso de los condones, se origina un sentido de seguridad falso y peligroso”.⁴⁴

En febrero de 1987, la Dra. Theresa L. Crenshaw, Presidenta de la Asociación Americana de Educadores, Consejeros y Terapeutas sexuales, fue llamada por el Congreso de los Estados Unidos como experta, y en esa ocasión afirmó: “por razones de salud hay que abandonar el sexo casual y promiscuo. Aun reconociendo que el condón, en combinación con los espermicidas, puede ayudar en la lucha contra el SIDA, hay que resaltar la importancia de la necesidad del cambio de conducta. Es irresponsable la resignación ante la amenaza del SIDA y a limitarse blandamente a frenar un poco su expansión. Hay que decir claramente a la gente, que debe de evitar toda actividad sexual con cualquiera que no sea el compañero comprometido”. La Dra. Crenshaw concluyó diciendo “la conducta sexual puede cambiar, pero no se hará si no confiamos en ello y no la recomendamos”.⁴⁵ Por último, el Ministerio de Sanidad de Italia mandó en 1989 una carta-circular a 20 millones de familias afirmando: “campañas de todo tipo intentan persuadirnos de que es perfectamente compatible prevenir el SIDA y practicar estilos de vida arriesgados, pero la cosa no es así. Quien afirma la absoluta seguridad del preservativo va contra el parecer de los expertos”.

Por desgracia nos ha tocado vivir la época del SIDA, que es una realidad dramática, por ser mortal y no curable, y que no cesa de crecer. Si queremos dominar la epidemia y no infectarnos, hay que actuar con rigor ahora, y no esperar a ir cambiando de actitud con los años. En la sesión de apertura de la VIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Amsterdam el 19 de julio de 1992, el presidente de la conferencia Dr. Jonathan Mann dijo: “el esfuerzo mundial por combatir el SIDA ha alcanzado un peligroso punto muerto, ya que se ha subestimado tanto la magnitud de la pandemia, como la manera de afrontarla... un análisis realista demuestra que la velocidad de expansión de la epidemia no se corresponde con la lentitud con la que se está respondiendo a esta lacra a nivel nacional e internacional. Por esta razón, el mundo es más vulnerable que nunca a la amenaza del SIDA”. El SIDA es un ejemplo de enfermedad paradigmática. Sabemos casi todo de su historia natural y de su prevención, pero a nivel mundial no se logra detenerla. Esto se debe, en gran medida, a la asociación de la enfermedad con determinadas pautas de conducta. Son determinados estilos de vida los que dificultan

su control sanitario. Para detener el SIDA es urgente cambiar las conductas de riesgo respecto a la drogadicción intravenosa y la sexualidad indiscriminada, que son las conductas que principalmente lo transmiten.

Aunque el ser humano es muy resistente a no oír lo que no quiere, el mensaje científico para detener el SIDA es muy claro, y se encuentra muy bien resumido en el capítulo dedicado al SIDA de la Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica. En el último apartado, titulado Intervención Clínica, dice: “el personal clínico debe hacer una historia sexual y de uso de droga completa a todos los pacientes adolescentes y adultos. Los pacientes sexualmente activos deberían recibir información completa sobre el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Deberían ser aconsejados que las estrategias más eficaces para prevenir la infección por VIH u otras enfermedades transmitidas sexualmente son la abstención del sexo o mantener una relación sexual monógama mutuamente fiel, con una pareja que se sabe que no está infectada. Los pacientes deberían ser aconsejados contra la actividad sexual con individuos cuyo estado de infección es dudoso. Una prueba no positiva al VIH no descarta la infección si la pareja sexual no ha sido monógama por lo menos durante los seis meses anteriores a la prueba. Los pacientes que escogen ocuparse en actividad sexual con múltiples parejas o con personas que pueden estar infectadas, deberían ser aconsejadas para que usen condones en cada encuentro y evitar el coito anal. No es necesario recomendar los condones para prevenir la infección en las relaciones mutuamente monógamas de larga duración, en las cuales ninguna de las partes usa drogas intravenosas o está infectada por el VIH. Aquellos pacientes que necesitan usar condones deberían ser informados de que éstos no suministran protección completa contra la infección, y que deben ser usados de acuerdo con las siguientes normas”, y cita las recomendaciones ya explicadas.²⁸

Referencias bibliográficas

1. ALDER, Michael W., *British Med. J.* (ed. española), 2: 90, 1987.
2. EHRNST, A., LINDGREN, S., DICTOR, M. et al, *HIV in pregnant women and their offspring evidence for later transmission*, *The Lancet*, 338: 203-7, 1991.

3. GOEDERT, J.J., DULIEGE, AM., AMOS, C., FELTON, S., BIGGAR RJ., *The international registry of HIV-exposed twins. High risk of HIV-1 infection for first-born twins.* The Lancet, 338: 1471-5, 1991.
4. PIZZO, PA., BUTLER, KM., *In vertical transmission of HIV, timing may be everything.* N. Engl. J. Med., 325: 652-4, 1991.
5. OXTOBY, M. J., *HIV and other viruses in human milk: placing the issues in broader perspective.* Pediatr. Infect. Dis. J., 7: 825-35, 1988.
6. VAN DE PERRE, P., SIMONON, A., MSELLATI, P. et al. *Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant: a prospective cohort study in Kigaly, Rwanda.* N. Eng. J. Med., 325: 593-8, 1991.
7. SPERLING, RS., STRATTON, O., O'SULLIVAN MJ. et al *A survey of zidovuline use in pregnant women with human immunodeficiency virus infection.* N. Eng. J. Med., 326: 857-61, 1992.
8. QUINN, TC., *Global epidemiology of HIV infections* En *The Medical Management of AIDS* (2 ed.) SANDE, MA., VOLBERDING, PA., eds. W. B. Saunders Company, Philadelphia, p. 13-4, 1990.
9. EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, *Children born to women with HIV-1 infection: natural history and risk of transmission.* The Lancet 337: 253-260, 1991.
10. MUR, A., YAZBECK, H., LLORENS, J., *Vertical transmission of HIV.* The Lancet 338: 1278, 1991.
11. NORMAN, S., STUDD, J., JOHNSON, M., *HIV infection in women.* Br. Med. J., 301: 857-61, 1990.
12. SORIANO, V., LEAL, M., *La prevención del SIDA.* An. Med. Intern., 9: 43-7, 1992.
13. ALLEN, J. R., *Informe Hastings: Los trabajadores sanitarios y el riesgo de la transmisión del VIH.* JANO 37 No. 885: 2195-8, 1989.
14. HEYWORD, WL., CURAN, JM., *Epidemiología del SIDA en los Estados Unidos.* Invest. y Ciencia 147: 62-66, 1988.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention of Sexually Transmitted Diseases.* Morbidity and Mortality Weekly Report, 37, No. 9: 134-137, 1988.
16. LEADS FORM THE MMWR, *Condoms for prevention of Sexually Transmitted Diseases.* JAMA, 259: 1925-27, 1988.
17. RESUMEN DE LO PUBLICADO EN EL MMWR. *Preservativos para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.* Boletín Epidemiológico Semanal, 1.801: 31-32, 1988.
18. WINKELSTEIN, W. Jr., WILEY, JA., PADIAN, NS. et al, *The San Francisco Men's Health Study: continued decline in HIV seroconversion rates among homosexual/bisexual men.* Am. J. Public Health, 78: 1472-4, 1988.
19. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Self-reported changes in sexual behavior among homosexual and bisexual men from San Francisco clinic cohort.* MMWR 36: 187-9, 1987.
20. FRIEDMAN, SR., DES JARLAIS, DC., SOTHERAN, JL. et al, *AIDS and self-organization among intravenous drug users.* Int. J. Addict., 22: 201-20, 1987.
21. DES JARLAIS, DC., FRIEDMAN, SR., NOVICK, DM. et al, *HIV-1 infection among intravenous drug users in Manhattan, New York City from 1977 through 1987.* JAMA 261: 1008-12, 1989.
22. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, *Counseling patients about prevention* FDA Drug Bull., Sept.: 17-9, 1987.
23. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *Board of Trustees Report. Prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome: an internal report* JAMA 258: 2097-103, 1987.

24. HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE, *Acquired immunodeficiency syndrome*. American College of Physicians. Ann. Intern. Med., 104: 575-81, 1986.
25. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, *Prevention of human immunodeficiency virus infection and Acquired immunodeficiency syndrome*, ACOG COMMITTEE Statement of COMMITTEE on Obstetrics: Maternal and Fetal Medicine and Gynecologic Practice. Washington D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1987.
26. KOOP, CE., *Physician leadership in preventing AIDS* JAMA 258: 2111, 1987.
27. INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA, *The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with human immunodeficiency virus (HIV)*. J. Infect. Dis., 158: 273-285, 1988.
28. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (Informe del), *Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica*. Ed. Díaz de Santos, Madrid. Cap. 53, p. 486-7, 1992.
29. VALTUEÑA, J. A., *El SIDA y las mujeres*. JANO 33 No. 796: 1880, 1987.
30. SHREINER, W., APRIL, K., *Zur Frage der Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Infektionen*. Schweizerisches Medizinisches Wochenschrift, 120: 972-978, 1990.
31. GOEDERT, James J., *What is safe sex?* N. Engl. J. Med., 136: 1339-1342, 1987.
32. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (Informe del), *Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica*. Ed. Díaz de Santos, Madrid. Cap. 53, p. 482, 1992.
33. *Análisis de 20 preservativos*. OCU-Compra Maestra, 139: 17-21, marzo de 1992.
34. FLISCHL, Margaret A. y col., *Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts with adults with AIDS*. JAMA, 257: 640-644, 1987.
35. VAN DE PERRE, P., JACOBS, D., SPRECHER-GOLDBERGER, S., *The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses*. AIDS, 1: 49-52, 1987.
36. SOLOMON, MZ., DEJONG, W., *Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education*. Health Educ. Q., 13: 301-16, 1986.
37. DARROW, WW., *Attitudes toward condom use and the acceptance of venereal disease prophylactics*. In: Redford, MH., Duncan, MH., Prager, DJ., et al. eds. *The condom: increasing utilization in the United States*. San Francisco, Calif.: San Francisco Press, p. 173-85, 1974.
38. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Antibody to human immunodeficiency virus in female prostitutes*. MMWR 36: 157-61, 1987.
39. EDITORIAL, *AIDS: prevention, policies and prostitutes*. The Lancet, 1 No. 8647: 1111-3, 1989.
40. SGRECCIA, E., *SIDA y protección responsable*. Actas de la IV Conferencia Internacional del SIDA, p. 272-3. Roma, 13-15 de octubre de 1989.
41. BLATTNER, W., *Aspectos epidemiológicos del SIDA*. Actas de la IV Conferencia Internacional del SIDA, p. 272-3. Roma, 13-15 de octubre de 1989.
42. LEJEUNE, J., *Engaño sobre el amor. Desinformación sobre el SIDA*. Boletín hispano de la organización Human Life International, XI-XII: 14-15, 1989.
43. GOTZSCHE, PC., HORDING, M., *Condoms to prevent HIV transmission do not imply truly safe sex*. Scand. J. Infect. Dis., 20: 233-4, 1988.
44. KAPLAN, HS., SAGER, CJ., SCHIAVI, RC., *Preventing the spread of AIDS*. J. Sex Marital Ther., 12: 159-64, 1986.
45. GOLDSMITH, MF., *Sex in the age of AIDS calls for condom sense*. JAMA 257: 2261-6, 1987.

F.J. MARCO BACH



Cuidados al niño enfermo. Facultad de Ciencias, París

Feto en riesgo por hiperplasia suprarrenal congénita

¿Cuáles son los límites éticos del diagnóstico y de la terapia fetales?

*Antonio G. Spagnolo**

*María Luisa Di Pietro**

Resumen

Los autores discuten el caso clínico de una mujer embarazada, de 21 años, con un hijo varón ya nacido, el cual está afectado de una hiperplasia suprarrenal congénita debida al déficit de 21-hidroxilasa. En el curso de la octava semana de embarazo se inicia la administración de glucocorticoides en la sospecha de que el feto pudiera estar afectado de la misma enfermedad que el otro hijo. La terapia es continuada después de la confirmación de la enfermedad efectuada mediante diagnóstico prenatal con obtención de muestras de las vellosidades coriales (CVS) en la semana diez.

Se consideran tres problemas éticos: 1) el grado de aceptabilidad del riesgo vinculado a métodos de diagnóstico como la CVS; 2) la relación riesgos/beneficios para el que va a nacer y para la madre, en relación con la terapia adoptada; 3) la eficacia de una terapia que se inicie después de un diagnóstico prenatal más tardío, pero efectuado con una técnica menos peligrosa y más segura, como es la amniocentesis.

Finalmente, se propone la posición personal de los autores sobre la decisión ética en un caso como éste.

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma (Director: Pro. Elio Sgreccia).

El caso clínico¹

En el curso de la octava semana de su tercer embarazo una mujer de 21 años, con un hijo varón ya nacido afectado de hiperplasia suprarrenal por defecto congénito de 21-hidroxilasa (una enzima implicada en la síntesis de las hormonas suprarrenales), es expuesta por los médicos a terapia con 1 mg/día de dexametazona, en la hipótesis de que también este tercer hijo pudiera estar afectado de la misma patología, y con la esperanza de bloquear con esta terapia los efectos del déficit enzimático hipotizado.

En la semana diez se lleva a cabo un diagnóstico prenatal mediante biopsia de las vellosidades coriales y las células obtenidas son tipificadas por el sistema de histocompatibilidad HLA, revelando en el feto la presencia del mismo fenotipo del hermano, y permitiendo predecir con certeza que también está afectado de la misma enfermedad.

Se identificó, además, que el feto era de sexo femenino y por este motivo se continuó la terapia a la madre con dexametazona -temiendo una virilización debida a la hiperplasia suprarrenal.

En la semana catorce se hizo la dosificación, mediante amniocentesis, de la 17-hidroxiprogesterona y de los andrógenos en el líquido amniótico, y se encontraron niveles demasiado altos a pesar de la terapia con dexametazona a la madre. Se aumenta, por tanto, la dosis de 1 mg. dos veces al día, hasta que los niveles hormonales (de estriol y de 17-hidroxicorticosteroides) no fueran tales que indicaran una supresión total de la actividad suprarrenal maternal y fetal. Como consecuencia de la administración de dexametazona la madre presenta algunos trastornos, tales como gastroenteritis en la semana veinticinco, un aumento total de peso de 25.4 Kg y un incremento de vello en el rostro.

En el parto, efectuado mediante cesárea en la semana 36, nació una niña de 2,900 kgs. y 44 cms. de longitud, con un índice de **Apgar** 9 tanto al minuto uno como al minuto cinco. Los genitales externos se presentaban ligeramente virilizados (fusión mediana posterior de los labios mayores y menores, que aparecían incluso ligeramente rugosos, y un leve engrosamiento del clítoris). A la entrada de la vagina se veía protruir una pequeña cistitis mucosa, y había una separación anormal entre el orificio uretral y el vaginal.

En las primeras 72 horas de vida, la recién nacida no recibió terapia alguna, puesto que se presentaba asintomática, y los niveles de los

electrolitos eran normales. Además, los niveles de los esteroides medidos en la sangre obtenida del cordón umbilical eran normales y demostraban la supresión suprarrenal ocurrida. En los días siguientes, tales niveles hormonales aumentaron rápidamente, conformando el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita.

El día cuatro se comenzó una terapia con cortisona acetato (25 mg. IM/día) y la recién nacida fue dada de alta el séptimo día, con una terapia de 15 mg. de cortisona acetato intramuscular cada tres días y 0.1 mg. de fluorohidrocortisona acetato/día por vía bucal.

El caso plantea algunos interrogantes tanto de orden médico como de orden ético. Desde el punto de vista médico los principales interrogantes son la indicación de la administración de dexametazona a la madre, para reducir los efectos de hiperestimulación androgénica en el feto, y la confiabilidad de la biopsia de las vellosidades coriales para individualizar un feto afectado de esta enfermedad. Desde el punto de vista ético se trata de evaluar: 1) el grado de confiabilidad de los métodos de investigación prenatal utilizada, en relación con los beneficios que se pueden obtener para el feto; 2) la relación riesgo/beneficio para el recién nacido y para la madre, referente a la terapia aplicada en la fase prenatal; 3) la posibilidad de que la terapia pudiera posponerse al nacimiento, con análogos beneficios.

Examen de los datos médico-científicos²

La hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de la enzima 21-hidroxilasa en la causa más frecuente de **síndrome suprarreno-genital**, expresión clínica de una excesiva producción de andrógenos por parte de la suprarrenal, cuyos efectos son diversos en relación con el sexo del paciente.

En efecto, puede manifestarse por *pseudohermafroditismo* en el sexo femenino o con *macrogenitosomía* en el sexo masculino, y estar asociada o no a una grave pérdida de sales (sodio) según el déficit hormonal existente.

Antes de entrar en la discusión del caso, consideramos oportuno recordar, para las personas “ajenas al trabajo”, algunos puntos fundamentales sobre el proceso de síntesis de las hormonas esteroides (el

grupo de hormonas constituidas, desde el punto de vista bioquímico, por una particular estructura molecular, muy semejante entre sí) por parte de la suprarrenal, para que resulte más claro el proceso de patogénesis, y la sintomatología de la hiperplasia suprarrenal congénita. Recordaremos también el proceso de diferenciación sexual durante la vida fetal.

Apuntes sobre la síntesis y regulación de las hormonas esteroides

El déficit enzimático de 21-hidroxilasa comporta una detención más o menos grave del proceso de síntesis de algunas hormonas esteroides de la suprarrenal, como el cortisol y la aldosterona, a lo que puede seguir una acumulación de compuestos esteroides intermedios a causa de la reacción bloqueada. Dado el origen común de las hormonas esteroides -tanto de las que actúan predominantemente sobre el metabolismo de los carbohidratos (hormonas glucoactivas), como de las que actúan sobre el equilibrio hidro-electrolítico (hormonas mineralactivas), como de las que actúan sobre los caracteres sexuales primarios y secundarios (hormonas sexuales)-, es comprensible que, por el bloqueo metabólico de la síntesis del cortisol y/o de la aldosterona, emerja un potenciamiento de la síntesis de las hormonas sexuales, sobre todo andrógenas, las cuales no tienen necesidad de la enzima citada para formarse.

Al disminuir la síntesis de cortisol, con la consiguiente reducción de la concentración de esta hormona en la sangre (cortisolemia), se provoca un aumento compensatorio de una hormona producida por el hipotálamo, el CRF (**Corticotropin Releasing Factor**) -normalmente inhibido (**feed-back** negativo) por la presencia del cortisol- el cual regula la secreción a nivel hipofisiario de otra hormona, la ACTH (**Adreno-Corticotropin Hormona**) que, a su vez, regula la síntesis misma de cortisol en la suprarrenal. También la ACTH estaría controlada mediante **feed-back** negativo por la presencia del cortisol. El aumento, pues, del CRF y de la TAC -por falta de síntesis del cortisol- determina una hipertrofia bilateral de las suprarrenales (hiperplasia corticosuprarrenal congénita).

El cuadro clínico del déficit de 21-hidroxilasa, como de los otros déficits de enzimas suprarrenales,³ depende de la gravedad del déficit de cortisol y/o de aldosterona, así como de las propiedades biológicas de los

precursores esteroides acumulados a causa del déficit enzimático. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas a las sexuales son, por esto, las relativas a una anormal pérdida de sales, consiguiendo al déficit de hormonas mineraloactivas. En particular, es posible distinguir dos formas clínicas de déficit de 21-hidroxilasa, dominada la primera por las anomalías de los genitales externos en ausencia de signos clínicos resumibles en una pérdida de sal; la segunda, menos frecuente, presenta una pérdida de sal asociada a los síntomas de virilización y es, si no se trata oportunamente, incompatible con la vida.⁴

Las manifestaciones clínicas del defecto incompleto de 21-hidroxilasa son las derivadas, como decíamos, de la acumulación de precursores androgénicos que, ya durante la vida prenatal, induce evidentes anomalías de desarrollo de los genitales externos en el feto de sexo femenino, hasta un auténtico pseudohermafroditismo femenino.

Por **pseudohermafroditismo femenino** se entiende una patología caracterizada por la presencia de una discordancia entre el genotipo (presencia de los cromosomas XX) y el fenotipo, el cual se presenta con signos más o menos graves de virilización. El pseudohermafroditismo femenino puede ser consecuencia de una patología materna o fetal. Tal anomalía del desarrollo de los genitales externos se debe al hecho de que la función suprarrenal fetal comienza entre las semanas diez y doce de embarazo y, puesto que la diferenciación de los genitales sucede entre las semanas nueve y trece de gestación, se sigue de ello que el feto está expuesto a la excesiva presencia de andrógenos suprarrenales precisamente en el momento crítico de la diferenciación sexual.⁵

Apuntes sobre la diferenciación sexual

La completa diferenciación sexual del feto en sentido masculino o femenino -diferenciación ya determinada desde el punto de vista cromosómico en el momento de la concepción- se lleva a cabo mediante una serie de procesos secuenciales complejos, y está altamente condicionada por el ordenamiento mismo de los cromosomas sexuales (heterosomas) que son, como se sabe, XY para el varón y XX para la mujer.⁶ La ausencia total o parcial de uno de estos cromosomas determina notables alteraciones del desarrollo gonádico, y por

consiguiente, de los genitales internos, de los genitales externos y de los caracteres sexuales secundarios. En particular, es la presencia del cromosoma Y la que condiciona la diferenciación de la gónada primitiva (esa estructura indiferenciada embrional que dará origen a la gónada masculina o femenina) en sentido testicular. En realidad, la gónada primitiva indiferenciada tiene una tendencia espontánea a desarrollarse como gónada femenina si no interviene activamente una sustancia que determine su diferenciación en sentido masculino. Tal sustancia está codificada genéticamente en el cromosoma Y, porque cuando este cromosoma está presente, la gónada primitiva se diferencia, en líneas generales, en sentido testicular. En ausencia de ese cromosoma, la diferenciación de la gónada primitiva continúa, en cambio, su diferenciación natural en el ovario. La diferenciación del testículo se produce hacia el día 45 ó 60 desde la concepción, mientras que la del ovario no comienza antes del día 90.

Apenas terminada la formación de los testículos en el varón y de los ovarios en la mujer, se inicia la diferenciación de otras estructuras embrionales, los llamados conductos genitales de Wolff y de Müller. De los primeros se formarán, en el varón, el epidídimo, los vasos deferentes, las vesículas seminales y los canales eyaculatorios; de los segundos, en la mujer, el útero y las trompas de Falopio. Al mismo tiempo de la diferenciación de los unos o de los otros, se producirá la involución de las estructuras opuestas. En el feto de sexo gonádico masculino, por la presencia misma del testículo y de sus secreciones, sobreviene la regresión de los conductos de Müller (por acción de una sustancia llamada **Müller-inhibidora**); los conductos de Wolff se diferenciarán en los genitales internos (por acción de la testosterona) y otras dos estructuras embionales, el **tubérculo** y los **pliegues genitales**, se diferenciarán en los genitales externos masculinos (por acción de la dehidroepiandrosterona). En el feto de sexo cromosómico y gonádico femenino se tiene la regresión de los conductos de Wolff por ausencia de andrógenos circulantes, mientras que los conductos de Müller se transformarán en las vías genitales internas (trompas, útero, 1/3 superior de la vagina); de los pliegues y del tubérculo genital se formarán los labios mayores y menores, los 2/3 inferiores de la vagina y el clítoris. En la práctica, para la diferenciación de los genitales internos no parecen necesarias estimulaciones hormonales, y por tanto no sería necesaria la

presencia del ovario. Es la presencia del testículo, en definitiva, la que condiciona toda la diferenciación del sexo somático del feto.

Cuando el feto de sexo femenino es expuesto a elevados niveles de andrógenos en el período de diferenciación sexual -como se verifica en nuestro caso- se asiste a una modificación de los genitales externos, pero no de los internos. Los genitales internos son de hecho normales, con presencia de útero, trompas y ovarios, en cuanto en el feto hembra no se produce el factor **Müller-inhibidor** y no se da la regresión de los conductos Müller, que se desarrollan normalmente. Además, los niveles de andrógenos circulantes no son suficientes para favorecer el desarrollo de los conductos de Wolff, que se enfrentan regularmente con la regresión. A nivel de los genitales externos se puede advertir, en cambio, hipertrofia clitoridea de diverso grado, que raramente adopta el aspecto de una uretra peneana y/o fusión similesrotal de los labios mayores.

Los fetos de sexo masculino, con déficit incompleto de 21-hidroxilasa e hipertrofia suprarrenal congénita, presentan al nacimiento genitales externos e internos normales, con un consiguiente desarrollo precoz de los caracteres sexuales externos.

Historia natural de la enfermedad

Cuando falta una terapia durante la vida posnatal de los sujetos afectados por este déficit enzimático, junto con las anomalías de los genitales externos citadas, presentan otras manifestaciones particulares en el curso del desarrollo puberal. En este período, la excesiva producción de andrógenos inhibe, en las niñas, la secreción hipofisiaria de gonadotropinas (las hormonas hipofisiarias que regulan el trofismo y la funcionalidad de las gónadas), con la consiguiente amenorrea y falta de desarrollo mamario. Al mismo tiempo, la estructura corpórea puede adoptar un aspecto típicamente masculino, con espaldas anchas, cadera estrecha, musculatura hipertrófica, voz de baja tonalidad e hirsutismo.

La presencia anormal de andrógenos determina, en ambos sexos, un precoz incremento de la estatura, con clara anticipación de la maduración esquelética y soldadura precoz de las extremidades de los huesos largos. Como consecuencia, el crecimiento se detiene muy pronto, a menudo en niveles de altura inferiores a los 150 cms.

En los sujetos de sexo masculino es posible advertir a muy temprana edad la aparición de los caracteres sexuales secundarios, tales como el vello púbico desde el segundo año de vida y un timbre de voz masculino a los 8-9 años. A causa de la inhibición gonadotropínica por parte de los elevados niveles de andrógenos, los testículos pueden parecer hipertróficos, y si el paciente no es tratado habrá azoospermia y consiguiente esterilidad. Si el déficit de 21-hidroxilasa no es muy grave, la espermiogénesis puede mantenerse incluso con ausencia de terapia.

La evolución psíquica y psico-sexual, en ambos sexos, no es acelerada, aun cuando esté indudablemente influida por las anomalías del desarrollo.

En los casos en que se asocia la pérdida de sal al déficit de 21-hidroxilasa, puede venir la muerte del recién nacido por insuficiencia suprarrenal aguda. Ya en el cuarto-duodécimo día desde el nacimiento, el bebé presenta una notable caída ponderal (a pesar de la continua aportación de alimento), con aparición de vómito, diarrea y letargia, que preceden a la aparición de la insuficiencia circulatoria periférica y paro cardíaco por hiperpotasiemia.

Diagnóstico prenatal de déficit de 21-hidroxilasa

El déficit de 21-hidroxilasa es una patología hereditaria,⁷ transmitida como carácter autosómico recesivo, por lo que la posibilidad de aparición en ambos sexos es la misma, aun cuando, clínicamente, el síndrome parece ser más frecuente en el sexo femenino. Sin embargo, esto se debe también a la facilidad de diagnóstico en la mujer, por la presencia de signos de virilización.⁸

El diagnóstico prenatal de déficit congénito de 21-hidroxilasa podría hacerse ya en un período muy precoz del embarazo (novena-décima semana aproximadamente) -como algunos médicos sostienen- mediante tipificación de las células de las vellosidades coriales obtenidas por biopsia o aspiración de las vellosidades coriales mismas (CVS).⁹ La indicación para el diagnóstico prenatal, bien mediante CVS o, en un período sucesivo, por amniocentesis precoz, se plantea en el caso en que la madre y/o uno de los hijos ya nacidos estén afectados de síndrome suprarreno-genital.

Las células fetales obtenidas por CVS son, como decíamos, tipificadas, y los resultados obtenidos pueden confrontarse con los del familiar que, teniendo ya la sintomatología clínica declarada, puede ser considerado como el paciente de referencia.

En nuestro caso, el feto tenía, efectivamente, el mismo genotipo HLA-A y -B como el hermano ya nacido. Dado que el gen de la 21-hidroxilasa está ligado al gen HLA-B, un gen idéntico HLA-B en el feto y en el hermano permitía predecir que el feto estaría afectado de hiperplasia suprarrenal congénita. Al mismo tiempo se determinó el sexo del feto, el cual resultó ser femenino y, por tanto, más susceptible a los daños de una patología semejante.

También en una época sucesiva, desde la décimocuarta semana de gestación, puede hacerse el diagnóstico prenatal de déficit de 21-hidroxilasa, mediante dosificación de los niveles de algunas hormonas esteroides (17 hidroxiprogesteronona, delta-androstenediona, testosterona) en el líquido amniótico obtenido mediante amniocentesis (amniocentesis "precoz").¹⁰ Las mediciones en el líquido amniótico permiten también monitorear los efectos de la terapia en el feto. Después de la décimosexta-décimooctava semana de gestación, la obtención de muestras hemáticas para la medición de los esteroides pueden llevarse a cabo también mediante cordocentesis, esto es, punción directa de los vasos del cordón umbilical.

Terapia del déficit congénito de 21-hidroxilasa

La única posibilidad de curar a un feto afectado de déficit de 21-hidroxilasa, a fin de evitar la aparición de signos de virilización durante el desarrollo genital, sería la de administrar al feto -a través de la madre- esas hormonas que por la presencia de la enfermedad no son sintetizadas por la suprarrenal fetal, sobre todo los glucocorticoides.¹¹ Lo racional de una terapia semejante se basa en el hecho de que la respuesta al feedback negativo del cortisol por parte de la ACTH, existe desde la época, o incluso antes, de la diferenciación sexual del feto. En realidad, los glucocorticoides atraviesan de modo eficiente la placenta y llegan al feto, cuya producción de ACTH por sí sola controla la esteroidogénesis suprarrenal.

Algunos autores¹² han tratado de cuantificar los efectos de la administración de glucocorticoides por vía transplacentaria. De 15 fetos de sexo femenino afectados de hiperplasia suprarrenal congénita, cinco de ellos -cuyas madres habían recibido 0.5 mg. dos veces al día de dexametazona desde la semana 5-9 hasta el parto- presentaron al nacer genitales externos normales; otros cinco fetos -a cuyas madres se les había administrado hidrocortisona (40-50 mg. al día desde la mitad de la novena semana de gestación hasta el parto) o dexametazona (0.5 mg. dos veces al día desde la semana 3-9 hasta el parto- mostraron los signos de una mediana o parcial virilización de los genitales externos; y los cinco restantes -cuyas madres habían recibido dosis variables de dexametazona (de 0.5 a 1 mg/día hasta 1.5 mg/3 veces al día desde la semana 5-10 hasta el 21a. semana)- presentaron marcados signos de virilización de los genitales externos.

El efecto de la terapia es monitorizado mediante la medición de esteroides en el líquido amniótico y de estirolo en el suero materno, aun cuando no siempre resulta una proporcionalidad entre los niveles hormonales y la aparición o no de signos de virilización en las recién nacidas. El hecho de que a continuación de la administración de glucocorticoides (desametazona) se haya producido el nacimiento de cinco niñas fenotípicamente normales indicaría que, en algunos casos, existe la posibilidad de corregir, ya desde el período prenatal, la situación patológica. La terapia con dexametazona fracasó, sin embargo, en las otras diez recién nacidas, y esto requiere evaluar los motivos de esta respuesta diferente. En algunos casos hubo, efectivamente, una administración inadecuada o tardía de glucocorticoides, pero en otros casos tanto la dosis como los tiempos de administración fueron los correctos e idénticos a los de los casos en los que se obtuvo luego el nacimiento de niñas normales. Por consiguiente, es lícito pensar en otros factores que influyen en la eficacia del tratamiento, no dependientes de la dosis del fármaco o del tiempo de inicio.¹³

En el plano médico se debe concluir, por tanto, que la eficacia del tratamiento de la hiperplasia congénita con la administración de glucocorticoides a la madre no está inequívocamente probada, y que hay algunas razones por las que no se puede proponer de rutina.

Otros autores -como en nuestro caso- consideran que esa terapia puede estar justificada y que la experiencia de un inicio precoz del

tratamiento -que siga al diagnóstico mediante biopsia de las vellosidades coriales en la semana 8-12- con dosis elevadas de dexametazona a la madre podría resolver algunos problemas del fracaso actual. Por lo demás, incluso para estos autores, el tratamiento prenatal debería ser tomado en consideración sólo en madres sanas, que no tienen riesgo aparente de hiperglucemia, hipertensión u otras condiciones médicas que podrían agravarse por la terapia con dexametazona.

Por otra parte, si el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita se hace mediante amniocentesis precoz en la semana 16-18 -retrasando el período de inicio de la terapia prenatal-, la administración de glucocorticoides por vía trasplacentaria permite reducir los efectos de los andrógenos en el sucesivo desarrollo fetal, aun sin hacer que retrocedan las anomalías de los genitales externos establecidas durante la diferenciación sexual (semana 9-13). En realidad, los glucocorticoides administrados en esta fase de la vida prenatal retardan el efecto hipertrofiante de los andrógenos circulantes, restableciendo la actividad normal del eje hipotálamo -hipófisis-suprarrenal. Las modalidades de administración y el monitoreo de las hormonas esteroides circulantes se puede sobreponer a los casos en que la terapia con glucocorticoides se inicia en una época anterior. En este caso de inicio más tardío de la terapia prenatal, en el nacimiento será de todos modos necesario corregir quirúrgicamente las anomalías presentes a nivel de los genitales externos, tal como ocurre en los casos no tratados en el período prenatal, o incluso en aquellos tratados desde antes de la diferenciación sexual -después de hacer la biopsia de las vellosidades coriales-, pero sin éxito.

Finalmente, cuando el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita se haga al nacer, es necesario iniciar lo más precozmente posible la terapia médica, seguida, en segundo término de la quirúrgica, a fin de evitar, por una parte, la aparición de una crisis suprarrenal aguda y de los efectos virilizantes de los elevados niveles de andrógenos, y de corregir, por otra, las anomalías de los genitales externos establecidas durante el proceso de diferenciación sexual.

En las formas con virilización simple se administran, pues, glucocorticoides en dosis crecientes, con base en la edad del sujeto; mientras que en las formas en las que se asocia la pérdida de sales, se administran también esteroides con actividad sodiorretentiva. Los efectos de la terapia médica son monitorizados mediante mediciones hormonales y

evaluación del equilibrio hidroelectrolítico y de la curva de aumento del peso y de la estatura.

La corrección quirúrgica de las anomalías de los genitales externos está indicada en los sujetos de sexo femenino, a fin de eliminar el exceso de tejido eréctil, conservar la sensibilidad del clítoris y proveerlos de un orificio vaginal normal, para la salida de la sangre menstrual y para las relaciones sexuales.

La terapia médica con glucocorticoides y con mineralcorticoides es igual tanto en los sujetos tratados durante la vida prenatal como en los no tratados, y deberá continuarse durante toda la vida.

Identificación de los valores en juego

Los problemas morales que se suscitan en este caso se refieren, como decíamos antes, tanto a la elección de las técnicas de diagnóstico a utilizar, dado el riesgo al que estos métodos de investigación podrían exponer la vida del que va a nacer, como a la justificación de la intervención terapéutica prenatal.

El respeto de la integridad del feto

El diagnóstico genético prenatal se vale hoy de técnicas cada vez más invasivas, señaladas en ocasiones como de un elevado riesgo para el que va a nacer. Además, se ha puesto en evidencia, para algunas de ellas, un elevado porcentaje de falsos positivos. Por estos motivos, la primera condición requerida para poder formular un juicio ético de aceptabilidad, habiendo reconocido una indicación médica válida, es que la técnica utilizada no comporte riesgos significativos para la continuación del embarazo y, por tanto, para la vida del que va a nacer, y que el diagnóstico resultante sea absolutamente seguro. En otros trabajos diversos de nuestro grupo de estudio se ha abordado más extensamente el tema.¹⁴ Aquí queremos subrayar, simplemente, que siguen siendo controvertidas las estadísticas relativas al riesgo que algunas técnicas siguen presentando todavía -como la biopsia de las vellosidades coriales-, lo cual debe tenerse en cuenta, y también para aquellas técnicas que

ofrecen un riesgo mínimo -como la amniocentesis- cuya ejecución, de todos modos, debe estar motivada por la posibilidad de obtener ventajas reales para la vida del feto mismo y para su acogida, respetando los criterios de referencia que deben ser aplicados en toda investigación instrumental. Se debe concluir, pues, que mientras no existen riesgos sustanciales por lo que toca a la amniocentesis, tanto precoz como tardía -evaluados en torno al 0.5-1% de abortos inducidos (verdaderamente mínimos si la llevan a cabo operadores expertos) y no superiores al 0.2-0.6% de errores de diagnóstico- persisten en cambio dudas sobre las técnicas, como la fetoscopia y la biopsia de las vellosidades coriales, que no sólo tienen un elevado porcentaje de riesgo, sino que presentan también un significativo margen de error. De hecho, la fetoscopia presenta un riesgo de aborto del 3 al 6%, según diversos autores, mientras sobre el riesgo de aborto ligado a la biopsia de las vellosidades coriales el debate es todavía muy vivo.¹⁵ El valor de referencia para cualquier evaluación de la proporcionalidad terapéutica deberá ser el valor de la integridad física del feto, el cual representa, por tanto, el valor prioritario de referencia ética.¹⁶

La proporcionalidad terapéutica

En cuanto a los beneficios terapéuticos que pudieran derivarse del diagnóstico, hay que considerar dos posibilidades: las derivadas de una intervención médica y/o quirúrgica y las que, en ausencia de posibilidades directamente terapéuticas, puedan hacer aplicar todos los remedios capaces de asegurar un mejor recibimiento del que va a nacer. Desafortunadamente, la gran diversidad que existe, hoy en día, entre las posibilidades de diagnóstico prenatales y las terapéuticas hace que una gran parte de los embarazos en los que se ha comprobado la presencia de patologías fetales desemboque en aborto voluntario.

Ya se ha escrito mucho sobre los principios éticos que deben guiar toda intervención terapéutica prenatal.¹⁷ En la perspectiva personalista, que atribuye un valor fundamental a la vida física del feto y de la madre, no puede haber ninguna justificación para aquellas intervenciones que exponen deliberadamente la vida a un grave riesgo. El principio que, en sentido positivo, puede justificar una intervención prenatal, como

cualquier otra intervención médica en el hombre, es el **principio terapéutico**. Queremos recordar aquí, brevemente, algunos requisitos que deben satisfacerse para aplicar de modo correcto el principio terapéutico: 1) la intervención debe presentarse como necesaria para la integridad y la supervivencia o la salud del feto; 2) debe tener buenas probabilidades de resultar eficaz y resolutive; 3) debe darse en ella una proporcionalidad entre el riesgo que se corre y los beneficios que se pueden obtener (en nuestro caso los beneficios hay que evaluarlos en relación no sólo con los riesgos de la terapia, sino también con los vinculados con la investigación diagnóstica prenatal); 4) la intervención no se puede posponer, con igual o mejor resultado, para después del nacimiento o a un período en el que existan menos riesgos.

La valoración ética del caso

A la luz de las consideraciones médicas y éticas hechas, nos parece que frente al caso examinado se puede plantear en los términos siguientes:

a) teniendo en cuenta que la terapia con dexametazona tiene como finalidad evitar la aparición de signos de virilización en el nacimiento, pero no curar un eventual síndrome con pérdida de sal -la cual, por otra parte, se hace evidente sólo en el nacimiento-, consideramos que, al no tratarse de una terapia necesaria para la supervivencia del feto, debe estar garantizado el mínimo riesgo de las investigaciones de diagnóstico y/o de la terapia, de manera que no se ponga en peligro la supervivencia misma del que va a nacer. Entre el valor de la vida y el de la salud hay, en efecto, una relación desigual. Mientras que la salud no puede existir sino en la vida y para la vida, la vida puede existir y conservar su valor incluso sin una salud perfecta, y es precisamente por el bien prioritario de la vida por lo que se debe cuidar la salud, a fin de que la expresión fenomenológica de la vida misma de la persona corresponda en lo posible a su valor ontológico. Cualquier razonamiento sobre la "calidad de vida" -en cuyo nombre, sin embargo, pueden a veces proponerse soluciones de supresión de la vida!- debe considerar, por tanto, que la calidad de vida es un criterio que mejora e integra el principio de defensa de la vida y no puede, por esto, ser antepuesto a la vida misma, ni ser considerado como criterio selectivo.

b) Puesto que la administración de dexametazona no puede hacerse a ciegas, debe estar soportada por un diagnóstico de certeza, mismo que puede permitir el inicio de la terapia de la manera más precoz posible. En nuestro caso, el diagnóstico se llevó a efecto mediante biopsia de las vellosidades coriales en la hipótesis de continuar la terapia -por lo demás, iniciada ya a ciegas- en las semanas 9-12, que preceden a la diferenciación de las gónadas. Sin embargo, puesto que la biopsia de las vellosidades coriales tiene, como decíamos, un riesgo igual al 2.3-9.5% de aborto -según datos controvertidos todavía-, se correría el riesgo de poner en peligro de muerte a un feto para cuya patología se puede intervenir en un período más tardío. Además, la técnica de diagnóstico a utilizar en un período más tardío sería la amniocentesis, que presenta un riesgo menor. Mediante la confirmación de la patología, por medio de la amniocentesis precoz en la semana 16-18, se podrá establecer de inmediato una terapia con glucocorticoides, que permitiría retardar, por una parte, los efectos de los andrógenos, bloqueando los eventuales efectos hipertrofiantes (por ejemplo, en el tejido eréctil del clítoris), y restablecer, por otra, el **feed-back** normal en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, bloqueado por el exceso de hormonas esteroides. De esta manera se podrían atenuar, igualmente, los daños en el nacimiento.

A las consideraciones sobre el riesgo del diagnóstico se debe agregar que la eficacia de una terapia con dexametazona para la prevención de la virilización ha resultado eficaz sólo en el 30% de los casos, por los diversos problemas que hemos referido en la nota a pie de página.

Finalmente, el diagnóstico con la biopsia de las vellosidades coriales presenta un elevado porcentaje de falsos positivos, con el riesgo de diagnosticar una patología que no existe en el feto. Esto podría suceder como resultado de que la muestra se puede presentar contaminada por células maternas, y si la madre tiene ya el estigma genético del déficit enzimático este puede ser atribuido falsamente al feto.

Los efectos virilizantes de los andrógenos en la hiperplasia suprarrenal congénita no son graves para la vida del que va a nacer ni para su salud, y pueden ser corregidos después del diagnóstico con amniocentesis o incluso en el nacimiento, pudiendo salvaguardar plenamente la actividad sexual futura del sujeto y su misma fertilidad.

c) En todos los casos, tanto si la terapia comienza precozmente después de la biopsia de las vellosidades coriales, como si se hace

sucesivamente -después de una amniocentesis-, se deberá establecer en el nacimiento una terapia con glucocorticoides y, si hay pérdida de sales, con otras hormonas esteroides sodiorretentivas. Incluso un inicio precoz de la terapia, con todos los riesgos inherentes, no eliminaría todos los compromisos terapéuticos sucesivos.

En conclusión, consideramos que en la hipótesis de un riesgo de estar afectado de hiperplasia suprarrenal congénita para el feto, la conducta éticamente más aceptable, en el plano de las intervenciones de diagnóstico y terapéuticas, nos parece la de esperar a la semana 16-18 para llevar a cabo una amniocentesis precoz, dado el riesgo más alto para la vida del feto y el riesgo de falsos positivos que se corren con la biopsia de las vellosidades coriales. Después de que el diagnóstico haya confirmado la existencia de la patología se podrá iniciar la terapia, la cual tendrá el efecto de reducir al mínimo las consecuencias de las alteraciones que se hayan producido.

(Los lectores que deseen intervenir sobre el caso, considerando puntos de reflexión no desarrollados o indicando sus experiencias clínicas personales - incluso aunque sean diferentes - pueden escribir un breve texto a la Redacción de la Revista que considerará la oportunidad de publicarlo).

Referencias bibliográficas

- 1) El caso fue presentado en las lecciones de "Bioética clínica" en el Curso de Perfeccionamiento en Bioética, A.A. 1989/1990. (Reproducido por: PANG S. y otros, *Prenatal Treatment of Congenital Adrenal Hyperplasia Due to 21-Hydroxylase Deficiency*. N. Engl. J. Med. 1990; 322 (2): 111-115)
- 2) En el examen de un caso clínico desde el punto de vista ético se han propuesto algunos protocolos o esquemas de razonamiento moral. A uno de estos esquemas, hemos hecho referencia para nuestro caso: **a)** identificación de los hechos, en el plano médico, social, psicológico, etcétera; **b)** identificación de los valores en juego, relativos al médico, al paciente, al hospital, a la sociedad; **c)** identificación de un eventual conflicto entre valores; **d)** identificación de las diversas posibilidades de acción; **e)** elección de llevar a cabo una acción precisa (**decision-making**); **f)** defensa de la decisión: criterios de referencia utilizados, hipótesis en que se basan. (Véase TOMASMA D. C., *Training in Medical Ethics: an Ethical Work-up*. Forum on Medicine 1978: 68-71; HAVE H. T en. ESSED G., *An Experimental Case-Conference Programme for Obstetrics and Gynecology Clinical Students*. J. Med. Ethics 1989; 15: 94-98). Recientemente, el Centro de Etica Médica de Bochum ha elaborado un profundo protocolo para el examen de las decisiones éticas en el ámbito de la práctica médica (cfr. Il Medico d'Italia 1990, 78: 18-19).

- 3) GRUMBACH, M. M., CONTE, F. A., *Disorders of Sex Differentiation*. En: WILLIAMS R.M., (ed.), *Textbook of Endocrinology*. Philadelphia: Saunders 1981, pp. 478-484; JAFFE R. B., *Disorders of Sexual Development*. En: YEN S:S:C.; JAFFE R:B: (eds.), *Reproductive Endocrinology*. Philadelphia: Saunders, 1978: 288-291.
- 4) En el plano patogenético las dos formas difieren por la diversa gravedad del defecto, incompleto en la primera y completo en la segunda aun cuando algunos autores sostienen la existencia de dos isoenzimas distintas de la 21-hidroxilasa para las dos vías de síntesis. Queriendo cuantificar la incidencia clínica de las dos formas parecería que 2/3 de los recién nacidos afectados por esta anomalía genética logran sintetizar aldosterona normalmente, mientras que 1/3 no puede sintetizar aldosterona para mantener el equilibrio hidroelectrolítico con la consiguiente pérdida de sal (cfr. BRUNETTI P., SANTEUSANO F., *Malattie della Corteccia Surrenale*. En: LARIZZA P., *Manuale di Medicina Interna*. Padua: Piccin 1979, 3: 34ss.
- 5) SANGER, P., *Abnormal Sex Differentiation*. *J. Pediatrics* 1984, 104: 1-17; WILSON J.D., GRIFFIN J.E. y otros, *Role of Gonadal Hormones in Development of Sexual Phenotypes*. *Human Genet.* 1981, 58: 78-84.
- 6) GRUMBACH, CONTE, *Disorders of Sex Differentiation*, p. 424-449. Véase también DE MARINIS L., BARBARINO A., SERRA A., *Biologia della differenziazione sessuale*. *Medicina e Morale* 1984; 2: 155-160.
- 7) WHITE P.C., GROSSBERGER D. y otros, *Two Genes Encoding Steroid 21-Hydroxylase Are Located Near the Genes Encoding the Fourth Component of Complement in Man*. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1985, 82: 1089-93; LEVINEL S., *Genetic Mapping of the 21-Hydroxylase Deficiency Gene Within the HLA Linkage Group*. *N. Engl. J. Med.* 1979, 299: 911.
- 8) Este defecto enzimático, que tiene una incidencia que varía desde 1/400 nacidos entre los esquimales a 1/10,000 en las poblaciones blancas (véase HIRSCHFELD A. J., FLESHMAN J.K., *An Unusually High Incidence of Salt-Losing Congenital Adrenal Hyperplasia in Alaskan Eskimo*. *J. Pediatrics* 1969; 75: 492), es un desorden ligado a la alteración de dos genes que codifican por la enzima y que están localizados cerca de los genes C4-B y entre los genes HLA-B y HLA-DR del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA). El complejo consta, en efecto, de cuatro lugares genéticos localizados en el cromosoma 6 que codifican por los antígenos HLA-A/HLA-B/HLA-C/HLA-D/DR. Puesto que todo individuo recibe un cromosoma 6 del padre y otro de la madre, y puesto que el déficit de 21-hidroxilasa se transmite, como hemos dicho, de manera autosómica recesiva, es necesario que ambos progenitores sean portadores heterocigotos (véase la nota 7).
- 9) MORNET E., BOUE J. y otros, *First Trimester Prenatal Diagnosis of 21-Hydroxylase Deficiency by Linkage Analysis to HLA-DNA Probes and by 17 Hydroxyprogesterone Determination*. *Human Genet.* 1986, 73: 358-364; KILLEN A. A., SEELING, y otros, *Diagnosis of Classical Steroid 21-Hydroxylase Deficiency Using an HLA-B-Locus-Specific DNA-Probe*. *Am. J. Med. Genet.* 1988, 29: 703-712.
- 10) PANG S., POLLACK M.S. y otros, *Pinfalls of Prenatal Diagnosis of 21-Hydroxylase Deficiency Congenital Adrenal Hyperplasia*. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1985, 61: 89-97; HUGHES I. A., DYAS J. y otros, *Prenatal Diagnosis of Congenital Adrenal Hyperplasia: Reliability of Amniotic Fluid Steroid Analysis*. *J. Med. Genet.* 1987, 24: 344-347.
- 11) DAVID M., FOREST M.G., *Prenatal Treatment Of Congenital Adrenay Hyperplasia Resulting From 21-Hydroxylase Deficiency*. *I.Pediatrics* 1984, 105: 799-803; CHROUSOS G.P., EVANS M.I. y otros, *Prenatal Therapy in Congenital Adrenal Hyperplasia: Attempt Prevention of Abnormal External Genital Masculinization by Pharmacological Suppression of the Fetal Adrenal Gland in Utero*. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1985; 458: 156-164.

12) DAVID FOREST, *Prenatal diagnosis*; DORR H. G., SIPPEL W. C. y otros, *Experience with Intrauterine Therapy of Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH) Due to 21-Hydroxylase Deficiency*, en: Endocrine Society Program and Abstracts. 70th Annual Meeting, Nueva Orleans, junio 8-11, 1988, Bethesda: Endocrine Society, 1988, pp, 21ss; SHULMAN D.I., MUELLER O.T. y otros, *Treatment of Congenital Adrenal Hyperplasia in Utero* *Pediatr. Res.* 1989, 25: 93 A (extracto); FOREST M.G., BETUEL H., DAVID M., *Prenatal Treatment in Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency: Up-date 88 to the French Multicentric Study*. *Endocr. Res.* 1989; 15: 277-301; LAFORGIA N., YANG S.Y. y otros, *Prenatal Diagnosis with Molecular Probes and Successful Treatment of Classical Steroid 21-Hydroxylase Deficiency (CAH)*. *Pediatr. Res.* 1989, 25: 87A. (extracto).

13) Entre los diversos factores reportados en la literatura indicamos algunos para quien desee profundizar en el aspecto científico. **a)** El grado de virilización de las recién nacidas afectadas de hiperplasia congénita es semejante al de otros casos presentes en la misma familia, aun cuando pueda haber variaciones. Están, después, los casos en que recién nacidos con hiperplasia suprarrenal congénita no tratadas han presentado sólo leves grados de virilización y casos en los que, incluso administrando adecuadas dosis de dexametazona en períodos precoces del embarazo, no se logra bloquear los niveles mínimos de virilización que se advierten en el nacimiento. **b)** El paso transplacentario de glucocorticoides puede estar influenciado por su afinidad por la proteína que los liga en la sangre -la transcortina o CBG (Corticosteroid Binding Globulin)- y por la actividad de las enzimas placentarias que metabolizan los esteroides. La dexametazona se liga escasamente con la transcortina y si es administrada en dosis elevadas (40 microgramos/Kg. de peso corporal), a mitad de la gestación o cerca del término, es capaz de inhibir la suprarrenal fetal. La dosis habitualmente usada de dexametazona es, en cambio, más baja (en torno a 10-39 microgramos /Kg. de peso corporal) y además es catebolizada en diverso grado por la placenta con efectos diversos en la suprarrenal fetal. **c)** El nivel de dexametazona que llega al feto por vía transplacentaria está enormemente influido por la *clearance* metabólica de los glucocorticoides exógenos. En algunos casos se ha puesto en evidencia que la dexametazona era eliminada con la orina en forma libre en cantidades muy elevadas por mujeres a las que se había administrado para curar la hiperplasia suprarrenal congénita del feto. **d)** Se ha observado que la esteroidogénesis suprarrenal no está regulada sólo por la ACTH fetal durante las primeras fases del embarazo y antes de la vigésima semana de gestación. En algunos casos se piensa que la actividad fetal de la 17, 21, y 11 hidroxilasa suprarrenal está parcialmente regulada en la primera parte del embarazo por la HCG o, de todos modos, por alguna otra sustancia diversa de la ACTH fetal: en este caso los glucocorticoides pueden no ser siempre eficaces para suprimir la producción suprarrenal de esteroides. **e)** El mecanismo de *feed-back* hipofisiosuprarrenal puede no estar suficientemente desarrollado en el feto en las primeras fases del embarazo. Si se da una variación de la maduración en la sensibilidad de la hipófisis fetal a los glucocorticoides o si la secreción hipofisiaria de la ACTH está bajo el control de otras sustancias además del CRF hipotalámico en la primera fase del embarazo, la administración materna de glucocorticoides puede no determinar alguna supresión suprarrenal. **f)** Otro punto que hay que considerar es el grado de adhesión a la terapia por parte de las mujeres embarazadas. Esta aceptación materna de la dexametazona puede ser problemática si aparecen otros efectos colaterales: se ha puesto también de relieve, en efecto, hipoglucemia, excesivo aumento ponderal, dolor epigástrico crónico y aumento de la vellosoidad en el rostro.

14) SERRA A., SCRECCIA E., DI PIETRO M.L., *Nuova genetica ed embriopoesi umana*. Milán: Vita e Pensiero, 1990; SCRECCIA E., *Bioetica e genetica*. En: *Manuale di bioetica*. Milán: Vita e Pensiero, 1988, pp. 163ss (en curso de publicación en México por Editorial Diana, en una edición expresamente adaptada para el ámbito latinoamericano por el autor); SCRECCIA

E., DI PIETRO M.L., *Manipolazioni genetiche e procreazione artificiale: orientamenti giuridici e considerazioni etiche*. Il Diritto di Famiglia e della Persone 1987, 3-4: 1351-1388.

15) Un repaso de los estudios publicados de 1985 a 1987 (este dato y los sucesivos han sido comentados por SERRA A., *Dalle nuove frontiere della biologia e della medicina nuovi interrogativi alla filosofia, al diritto e alla teologia*. En: SERRA, SCRECCIA, DI PIETRO, *Nuova genetica...*) indica que, aun variando de uno a otro centro, la frecuencia de interrupción del embarazo como consecuencia de la biopsia de las vellosidades coriales va del 4% al 9.3%. Este dato ha sido confirmado por Wilson y cols. en 1987 los cuales del análisis de los resultado de 63 centros deducen una pérdida fetal en conjunto después de la obtención de la muestra de vellosidades del 4.1%, porcentaje que referido a los centros con mayor experiencia bajaba al 3.2% (WILSON R.D., HOGGE W.A., GOLBUS M.S., *Analysis of Chromosomally Normal Spontaneous Abortions after Chorionic Villus Sampling*. J. Reproductive Medicine 1987; 32: 25-27). Cierta perplejidad suscitan algunos estudios a nivel nacional llevados a cabo con los más cuidadosos métodos estadísticos de muestreo y elaboración de los datos. Los resultados de los efectuados respectivamente en Canadá y en Estados Unidos han sido publicados recientemente (CANADIAN COLLABORATIVE CVS-AMNIOCENTESIS CLINICAL TRAIL GROUP, *Multicentre Randomised Clinical Trial of Chorionic Villus Sampling and Amniocentesis*. The Lancet 1989, 1: 1-6; RHOADS G.G., JACKSON L.G., SCHLESSELMAN S.E. y cols., *The Safety and Efficacy of Chorionic Villus Sampling for Early Prenatal Diagnosis of Citogenetic Abnormalities*. The New England J. Med. 1989, 320: 609-617). Aun cuando la presentación y el análisis de los datos dejan todavía diversas incertidumbres, es sobre todo la conclusión y el criterio adoptado para definir la relativa inocuidad y seguridad del método las que plantean mayores interrogantes. En ambas investigaciones, en efecto, se tomaron como referencia la pérdida fetal global (Total Loss = Spontaneous and Induced Abortions and Late Losses, en la investigación canadiense; Combined Losses = Spontaneous and Missed Abortions, Termination of Abnormal Pregnancies, still Births and Neonatal Death, en la investigación estadounidense). Esa pérdida fetal ha resultado ser, en la investigación canadiense del 7.6% en la muestra en que se había hecho la obtención de las vellosidades coriales y del 7% en la muestra en que se había llevado a cabo la amniocentesis; en la investigación estadounidense, respectivamente del 7.2% y del 5.7%. Con base en este criterio, dada la no significativa diferencia observada entre las frecuencias globales de las pérdidas fetales en los dos muestreos, los autores concluían en una seguridad sustancial de la biopsia de las vellosidades coriales no sensiblemente inferior a la amniocentesis. Este criterio de la pérdida fetal total no puede ser considerado exacto ni aceptable para establecer la seguridad del método, esto es, su inocuidad para el feto. Efectivamente, ya por los datos reportados más detalladamente por la investigación estadounidense se puede advertir que, si se consideraran solamente los abortos espontáneos sobrevenidos después de la obtención de la muestra de vellosidades coriales y después de la amniocentesis hasta la 28a. semana, sus frecuencias resultan respectivamente del 3.4% y el 1%, con una diferencia altamente significativa. Si por lo tanto estadísticamente resulta que en conjunto la pérdida fetal es aproximadamente igual cualquiera que sea el método de obtención de la muestra, parece estar fuera de discusión que la porción de la pérdida fetal espontánea después de obtener muestras de las vellosidades coriales es mayor que después de la amniocentesis. Otros estudios (GREEN J.E. y otros, *Chorionic Villus Sampling: Experience with an Initial 940 Cases*. Obst. Gynecol. 1988; 71/72: 208-212; véase lo que refiere BRAMBATI B. en *Tempo Médico* 1989 n. 3, p. 14) han reportado en cambio una abortividad igual al 1% y esta discrepancia de los resultados se debería al hecho de que mientras los porcentajes más altos tienen en cuenta la abortividad total (abortividad natural + abortividad inducida), los porcentajes más bajos calculan sólo la abortividad inducida por el uso de la técnica, sustrayendo al número total de los abortos los espontáneos que

estadísticamente se habrían de todos modos verificado en este período del embarazo ¡en mujeres no sometidas a investigaciones de diagnóstico prenatal! Se trata, como puede verse, de un razonamiento ambiguo y éticamente no aceptable, porque no podemos poner en el mismo plano la abortividad como consecuencia del uso de una técnica (infligir la muerte). No es tarea del médico, en efecto, reproducir o amplificar los errores de la naturaleza, sino corregirlos. Más aún, existen problemas citogenéticos para el diagnóstico sobre tejido obtenido con la biopsia ligados tanto a la contaminación con células maternas cuanto a la posibilidad de discrepancia entre el cariotipo fetal y el de las vellosidades. Según los datos que aporta la literatura (véase Serra) se pone de manifiesto que en los exámenes de vellosidades coriales, el número de fetos en los que se diagnosticó la presencia de anomalías cromosómicas es en promedio del 4-5%, aproximadamente el doble de lo observado con el examen del líquido amniótico (2%). Estos datos fueron confirmados por la investigación canadiense ya citada, donde dichas frecuencias son respectivamente del 4.6% y el 2.4%. De los datos de la literatura emerge también otro dato: dejando a un lado los falsos negativos que de cuando en cuando se observan, los falsos positivos encontrados -o sea los casos de discrepancia para los cuales la aberración cromosómica observada en las vellosidades coriales no estaba confirmada por un sucesivo examen hecho con amniocentesis en tejidos fetales después del aborto o en el nacimiento- asciende en promedio al 2% si se refiere al total de los exámenes hechos, pero representa el 20-50% de todos los casos para los cuales se ha señalado una aberración. Esta es una de las razones principales por la que el 10% aproximadamente de las mujeres se someten al análisis de las vellosidades coriales -como hace notar en la conclusión la investigación canadiense. Debe de todos modos, recurrir a la amniocentesis para completar el diagnóstico prenatal. No hay que pasar por alto, además, la perplejidad que a veces subsiste al establecer una asociación entre la presencia de algunas anomalías cromosómicas observadas durante el examen citogenético y la patología real de que estará afectado el feto. Es el caso, por ejemplo, de los pequeños cromosomas supernumerarios o de los mosaicos en que aparecen líneas celulares con cariotipo diverso que pueden no tener significado alguno patológico (ZHANG Y, GARVEC K.L., FLECKER D., *Mosaicism or pseudomosaicism: the Problem of Hypermodal Cells in Amniotic Fluid Cells Culture*. Prenatal Diagnosis 1984; 4: 99-108). Juntamente con esto hay que considerar, por último, el hecho de que en el 30% de los casos el material obtenido puede estar contaminado con células maternas y en el 60% de los casos ser insuficiente para un diagnóstico genético. Por lo que a la cordocentesis se refiere, hay que referir un riesgo de interrupción del embarazo igual al 2%.

16) Entre los diversos criterios adoptados en la literatura dos se contraponen sustancialmente: uno, pragmático, utilitarista, se basa en una evaluación economicista del riesgo con base en la relación costos/beneficios al cual todos los demás valores, incluida la vida física, están subordinados; el otro, personalista -que compartimos- evalúa la relación costos/beneficios siempre en orden a la persona humana, a su integridad y a su salud. Y cuando la presencia de un riesgo es inevitable, este deberá estar compensado siempre por la verificación de que no hay otro modo para llevar a cabo la investigación, de la posibilidad de obtener algún beneficio de una eventual intervención terapéutica (proporcionalidad del riesgo) y que ese riesgo sea elevado. Sólo en estos términos se puede hablar de riesgo aceptable, riesgo que de todos modos, siempre es minimizado sobre todo cuando una cuota del riesgo mismo dependa de la preparación del operador (riesgo intrínseco) del que, por lo demás, sería moralmente responsable (véase SCRECCIA E., *Bioetica delle metodiche strumentali in geriatria*. Giornale di Gerontologia 1988; 9: 454-554). Otra condición que hay que respetar en el ámbito de la evaluación del riesgo es que el diagnóstico prenatal sea requerido y efectuado sólo en aquellos casos en los que haya una verdadera necesidad de hacerlo. Por este motivo se ha elaborado una lista de situaciones en las que se considera oportuno hacer acceder a la mujer a estas investigaciones, entre las cuales

FETO EN RIESGO POR HIPERPLASIA CONGENITA

entra también la presencia de la madre y de un hijo ya nacido afectado de hiperplasia suprarrenal congénita. Por lo demás, sería deontológicamente incorrecto además de éticamente inaceptable, no reglamentar el uso de exámenes riesgosos para el feto y también altamente costosos para la sociedad. La tarea de individualizar los casos en los que hay una indicación para el diagnóstico genético prenatal está encomendada al genetista y/o al ginecólogo, durante la consulta, con base en los datos anamnésticos, la historia obstétrica y precedentes consultas genéticas.

17) SGRECCIA E. M., *Ethical Issues in Prenatal Diagnosis and Fetal Therapy. A Catholic Perspective*. Fetal Therapy (Supplement 1990).



Muerte de Nelson en la batalla de Trafalgar. Museo marítimo de Londres

A. G. SPAGNOLO, M. L. DI PIETRO



*El gran cirujano Jean Dominique Larrey amputando un brazo al capitán Rebsomen
en la batalla de Hanau. Museo de Val de Grace, París*

Debate sobre la filosofía

Laura Palazzani*

Preámbulo para los lectores

La constante aceleración del progreso científico y tecnológico en el campo biomédico suscita cada vez más nuevas e inevitables preguntas, que se pueden sintetizar en lo siguiente: ¿todo lo que es técnicamente posible es éticamente lícito? ¿Todo lo que el hombre “puede” hacer, “debe” hacerlo?, y es precisamente en la respuesta a esta pregunta donde surge la función de la filosofía.

Se trata de aclarar, ante todo *si existe* un límite ético en la práctica técnico-científica, y si existe, se trata de explicar *por qué* existe y de justificar *qué* límites son los legítimos. No resulta una tarea fácil, sino todo lo contrario. La filosofía tiene, tal vez, el papel más delicado en el campo de la bioética, precisamente porque se ocupa de los “fundamentos” y, por

tanto, de las razones últimas. De todos modos, hay que decir que muchos autores no están de acuerdo en atribuir a la filosofía esta tarea “fuerte”, aceptando sólo un papel “débil”, como sería la clarificación analítica del lenguaje o la argumentación de la coherencia lógica.

La intención de esta sección es la de mostrar la necesidad de que la filosofía asuma un papel fundamental, individualizando los temas más actuales de la biomedicina que “desafían” al saber filosófico, a fin de ahondar en las respuestas, o mejor dicho las posibles respuestas, a las cuestiones más candentes.

Se pretende, pues, seleccionar, en la ya amplia literatura internacional, los artículos o los ensayos filosóficamente más significativos, profundizando en sus elementos esenciales con objeto de proporcionar al lector algunos instrumen-

* Doctora en filosofía. Encargada del Departamento de Filosofía, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

tos conceptuales que le permitan orientarse críticamente en el campo del actual debate pluralista bio-ético.

La sección pretende dirigirse tanto a los “no filósofos” (médicos, agentes sanitarios, juristas, psicólogos, etcétera), que tratan de familiarizarse con algunas de las cuestiones teórico-fundantes en bio-ética, como a los “filósofos”, para que se actualicen en las nuevas cuestiones de aplicación práctica que surgen y obligan a una revisión o a una reformulación de las categorías tradicionales.

Es, pues, un intento por establecer un diálogo entre ámbitos disciplinares diversos y de acercar competencias diversificadas. Este, por lo demás, es el esfuerzo que se pide a todo aquel que se ocupa de la bioética: un esfuerzo en pro de la “interdisciplinariedad” que no sea únicamente “multi-disciplinariedad”, esto es, la yuxtaposición de nociones encerradas en su sector especializado, sino “transdisciplinariedad”, es decir, integración dialéctica de la pluralidad en la atención común hacia la verdad.

Esta exigencia es, precisamente, la que ha estimulado el nacimiento de la sección, cuya idea tengo que agradecer a la Dra. Martha Tarasco Michel quien, gracias a su profunda sensibilidad cultural, ha sabido

individualizar un camino en esta dirección.

Líneas del debate actual sobre el concepto de “persona”

BERTI, E., *Il concetto di persona nella storia del pensiero filosofico*. En AA. VV., *Persona e personalismo*, Gregoriana Editrice, Padua, p. 41-74, 1992.

Uno de los conceptos filosóficos en el centro del debate bioético actual es el de “persona”. Una adecuada profundización del significado del término requiere de un breve examen preliminar de la evolución semántica en la historia de la filosofía. El ensayo de BERTI ofrece las coordenadas conceptuales para la comprensión de los diversos modos filosóficos de concebir a la persona, que están en la raíz del debate actual en bioética.

Después de un análisis inicial del origen etimológico del término “persona” (la teoría más acreditada hace remontar el término al griego *pròsopon*, literalmente “máscara”, es decir lo que está delante [*pros*] de la vista [*opè*], por tanto el rostro), el estudio ubica el inicio de la discusión filosófica del concepto

en las disputas trinitarias medioevales.

La “formulación clásica” del concepto de persona fue enunciada por S. Boecio (siglos V-VI) quien, en el texto *Contra Euthychen et Nestorium*, define a la persona como: “*rationalis naturae individua substantia*” [sustancia individual de naturaleza racional]. Esta definición merece ser profundizada porque, retomada por Santo Tomás con ligeras modificaciones, constituye un punto crucial que influye notablemente en el debate contemporáneo. La definición boecianotomista se basa en el reconocimiento de la *naturaleza ontológica* del individuo humano, entendida como “la esencia que subsiste por sí y que permanece en los actos contingentes y mudables”. Así, el hombre es “racional” por “naturaleza”, esto es, posee la capacidad racional por nacimiento (*en sí y por sí*), independientemente del “hecho” (accidental) de que ejerza actualmente esa actividad intelectual (pensar, hablar, querer, etcétera).

La época moderna marca el inicio de la “crisis” del concepto de persona, que repercute (aunque con excepciones) en el debate actual. La negación de la concepción ontológica de la persona se hace realidad con dos teorías. La primera

es el racionalismo cartesiano, que separa la *res cogitans* [cosa pensante] de la *res extensa* [cosa extendida, algo fuera de la mente], donde sólo la subjetividad pensante es persona. La segunda teoría es el empirismo de Locke y Hume, que reduce a la persona a la actividad de la conciencia y de la memoria (esto es, de la conciencia en el tiempo). Ahora bien, si la identidad de la persona coincide con la actividad de la conciencia se sigue la exclusión del reconocimiento del estatuto personal en seres no conscientes. Constituyen una excepción a la “crisis” moderna la filosofía de Kant, que aunque refuta una fundamentación ontológica acepta una fundamentación ética del concepto de persona (la persona es “fin en sí”), y el pensamiento de Rosmini, que considera a la persona como “derecho subsistente”.

Por lo que se refiere al debate, son dos las direcciones prevalentes: filosofías que niegan a la persona y filosofías que —si bien por razones diferentes— reconocen la dignidad de la persona.

Las filosofías anti-personalistas (que niegan la existencia, la cognoscibilidad y el valor de la persona) son las tendencias inspiradas en la antropología de Nietzsche, que considera al hombre como

“*dividuum*”, o sea dividido en cuanto a un haz de pulsiones (es también la concepción de Heidegger y Vattimo); el estructuralismo (Foucault), que considera al hombre como una “estructura impersonal”; el conductismo (Skinner) y la etología (Lorenz), los cuales consideran al hombre enteramente condicionable por estímulos externos, así como la filosofía analítica (Ayer, Hare), que llega a reducir al cuerpo a un “colectivo de células”.

Por el contrario, la orientación que reconoce el papel del concepto de persona se articula en tendencias diversificadas. El personalismo, o mejor dicho “los personalismos”, reconocen el valor de la persona en sentido “fuerte”, poniendo el concepto de persona como fundamento de la visión moral y de la misma concepción de la realidad. Se trata de un movimiento de pensamiento difundido, a partir de Francia (Mounier, Renouvier, Maritain, etcétera), por Europa (Italia, Alemania, España, Polonia) y por América.

De matriz más “débil” son el reconocimiento del concepto de persona en el pensamiento fenomenológico y existencialista (Scheler, Jaspers, Sartre, etcétera); en las diversas formas de “redescubrimiento de la persona”; en filones originalmente alejados de

ese concepto, como la hermenéutica de Ricoeur, la fenomenología de Levinas, la ética de la comunicación de Apel y Habermas, y algunos sectores del pensamiento analítico (Kripke, Wiggins, Williams).

El breve recorrido histórico de las concepciones filosóficas sobre la persona muestra, por un lado, un aumento de la conciencia de la relevancia moral y jurídica y, por otro lado, una crisis gradual del factor ontológico. En otros términos, si bien es unánime el reconocimiento del valor de la persona como “sujeto moral” y “sujeto de derecho/derechos”, no todos comparten la atribución de un estatuto ontológico a la persona. Está cada vez más difundida la tendencia (enraizada en el pensamiento moderno) a considerar a la persona en su “hacer”, más que en el “ser”, trastocando la fórmula clásica que da la primacía a la ontología sobre la praxis (*agere sequitur esse*). El autor, en conclusión, pone en evidencia la necesidad de volver a la concepción clásica de la persona, mucho más en estos tiempos, cuando el desarrollo de la ciencia y de la tecnología plantea problemas morales y jurídicos nuevos.

AGAZZI, E., *L'essere umano come persona*. Per la Filosofia, Filo-

sofia e Insegnamento 25: 28-39, 1992.

El autor señala como una característica peculiar del debate bioético actual la separación entre el concepto de *persona* y el concepto de *ser humano*. A diferencia del lenguaje común, y del uso de los términos en el ámbito jurídico (piénsese en las declaraciones sobre los “derechos humanos”) que presuponen la coincidencia entre “hombre” y “persona”, en el plano conceptual (y práctico) se asiste a una progresiva separación entre ambas expresiones en relación con el progreso científico-técnico. Lo anterior nos da por resultado que “no todos los seres humanos son personas” (es decir, hay algunos seres humanos que no son personas) y, paradójicamente, que “no todas las personas son seres humanos” (o sea, que algunas personas no son seres humanos).

El artículo de AGAZZI analiza, con una lúcida coherencia en la argumentación, la causa de tal separación. El “error epistemológico”, que está en la base de la separación entre “ser humano” y “persona”, es la confusión —o mejor dicho, la ambigüedad de una distinción no explícita— entre *definición nominal* y *definición real*. Más concretamente, la defi-

nición nominal de persona, que selecciona una propiedad abstracta (por ejemplo, la conciencia) para delimitar a los miembros de una clase, es adoptada como definición real, referida a entes existentes por sí mismos (referentes objetivos). Sin embargo, el esfuerzo conceptual de abstracción no logra nunca (estructuralmente) adecuarse a la comprensión exhaustiva de la realidad, esto es, siempre queda un margen de aproximación que determina, en el plano práctico, la exclusión del concepto de persona (atribución de una propiedad abstracta) de algunos seres humanos reales (referentes objetivos) o, paradójicamente, la inclusión en el concepto de persona de algunos seres no humanos. A este propósito, AGAZZI menciona la manera como semejante ambigüedad está en la base de la discriminación moral vinculada con el progreso científico-tecnológico: si la persona es respetada porque es *conciente* (y no porque es persona *humana*), es evidente que no se respeta a los seres humanos no concientes (al ser *no-personas*), mientras que se respeta a algunos seres no humanos concientes, como los animales o los robots (porque son “personas”).

Por otro lado, ¿qué se entiende propiamente con la expresión “separación”? La separación es una

especie del género negación; en otros términos, decir que el concepto de ser humano está separado del concepto de persona significa decir que el ser humano es “no” persona, o bien que “no” es persona. El autor subraya que no se trata ni de una negación simple y absoluta (exclusión de una propiedad), ni de una negación diádica (oposición), sino de una “negación triádica”, que coincide con la “privación” o la “potencialidad”. La “privación” es la ausencia accidental de una propiedad que pertenece esencialmente, por tanto, ontológicamente, al sujeto (la privación es la supresión de un “tener”, no la alteración del “ser”). La “potencialidad” (entendida en el sentido clásico aristotélico) indica la pertenencia intrínseca de la propiedad al ser, aun cuando actualmente no se manifieste en su complejidad (“nada puede *hacerse* una persona sin *ser* una persona”). Es evidente que considerar la separación entre ser humano y persona como negación triádica significa afirmar que incluso el ser humano que no posea en este instante la propiedad de la persona (o sea la conciencia) es “potencialmente” persona (al indicar la “potencialidad” una posibilidad real orientada hacia un fin). En otras palabras, aunque el ser

humano no manifieste exteriormente determinadas propiedades (por ejemplo la conciencia, la racionalidad, la actividad simbólica, etcétera) “es” persona en virtud de su naturaleza ontológica. Así, se trata, de vincular nuevamente al “ser humano” y la “persona”, con base en la pertenencia común a la esencia ontológica de lo *humano*.

La significación filosófica del estudio de AGAZZI se advierte en la importancia que se da a la necesidad de fundamentar ontológicamente el concepto de persona, esto con el fin de evitar, en el plano de la aplicación práctica, cualquier discriminación. Si *todo* ser humano es persona —y si *sólo* los seres humanos son personas—, se puede establecer una perfecta coincidencia semántica de las dos expresiones y, por consiguiente, se justifica la paridad de tratamiento para todo individuo humano en virtud de la dignidad personal.

ENGELHARDT, T. H., *Il concetto di persona e il fondamento di un'autorità morale laica*. En AGAZZI, E. (a cargo de), *Bioetica e persona*, Angeli. p. 13-26. Milán, 1993.

ENGELHARDT, uno de los principales exponentes del contrac-

tualismo moral en el campo del debate filosófico actual, trastoca totalmente la perspectiva ontológica respecto del estatuto de persona. Este autor niega la fundamentación ontológica de la persona, reduciéndola, en sentido funcionalista-empírico, al ejercicio de la actividad racional (intelectiva, de la memoria, simbólica) y volitiva (la autodeterminación y la atribución de un sentido moral). Además, también trastoca el punto de vista moral sobre la persona, ya que afirma que a la persona no se la considera desde el punto de vista objetivo (o sea como objeto de respeto), sino desde el punto de vista "subjetivo" (la persona como "fuente de la autoridad moral").

La consideración de la persona como sujeto que establece la moral es, según el autor estadounidense, la única manera de evitar los conflictos en una sociedad pluralista posmoderna. La crisis de valores comunes encierra a la moral, inevitablemente, en un subjetivismo radical, esto es, si la razón es incapaz de justificar criterios éticos objetivos, es el sujeto el que define en particular lo que es bueno y lo que es malo.

El subjetivismo permite, de todos modos, la convivencia entre "extraños" (*moral strangers*), en virtud del reconocimiento recí-

proco de la "capacidad contractual". El individuo es persona cuando es "agente moral", o sea, cuando tiene la capacidad (racional y volitiva) de estipular un contrato o un acuerdo, entrando a formar parte de la "comunidad moral". Así, la persona juega un papel central en el ámbito de la bioética "laica" (en la que la laicidad indica el rechazo de la metafísica) "no porque se le atribuya un valor particular, sino porque es el fundamento de la autoridad moral para individuos moralmente ajenos entre sí" (pág. 15).

La bioética "laica", por tanto, trastoca los términos del problema del estatuto de persona: no se trata de reconocer y respetar a la persona como valor en sí, sino que se trata de atribuir a la persona la capacidad de "creación" de los valores. Pero, si toda persona "crea" valores, ¿cómo se resuelven los conflictos entre concepciones morales diversas? ENGELHARDT responde a la objeción afirmando que la solución de las controversias no puede ser la fuerza, ni la persuasión, ni el llamado a una común naturaleza ontológica, sino la "tolerancia" de las decisiones de los demás mediante una "negociación pacífica". La condición mínima para la convivencia social es el reconocimiento de la capacidad ajena de

decidir, y por tanto de pensar y querer.

Pero, ¿cómo conciliar las decisiones opuestas y contrarias? La ética del procedimiento contractualista no da una respuesta. Es evidente que si el respeto de la persona se identifica con el respeto de la “racionalidad” y de la “auto-determinación” del individuo, la objetividad del valor deja el lugar a la reivindicación de pretensiones subjetivas y conflictivas. Por otra parte, aun cuando ENGELHARDT no desee fundamentar valor alguno (al considerar, de manera nihilista y escéptica, como infundamentable

e injustificable una perspectiva moral “particular”), él mismo “presupone” un valor fundamental, concretamente, la necesidad de “negociar pacíficamente” y “resolver las controversias”, y esto es posible sólo respetando objetivamente el valor de la persona humana en sí. La perspectiva antimetafísica subjetivista no parece bastar para justificar la importancia de la coexistencialidad, ya que no se puede eliminar la referencia objetiva al valor de la persona como premisa de la realización de la “paz” social.



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

México DF, Noviembre de 1993

Estimado suscriptor:

Le enviamos el número tres de la Revista Medicina y Ética. Aprovecho la oportunidad de saludarle y dirigirme a Usted para recordarle que con el próximo número vence su suscripción de la Revista

Para la renovación le rogamos nos haga llegar un cheque dirigido al Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, Apartado Postal 10 844, México DF 11000, México.

A pesar de los aumentos de costos en la edición de la revista, hemos luchado por mantener el precio de la suscripción en N\$ 150.00, a fin de facilitar su adquisición. Le recordamos que el cheque debe ir a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores, SC.

Esperando seguir contando con el honor de tenerlo como suscriptor, quedo de Usted

ATENTAMENTE

LIC. MARISA ZAVALA HABIB
COORDINADORA ADMINISTRATIVA
INSTITUTO DE HUMANISMO EN CIENCIAS DE LA SALUD