

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 2 N ° 2 D I C I E M B R E 2 0 0 1

**INSTITUTO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE POSGRADO
EN CIENCIAS DE LA SALUD
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA**
Av. Alicia Moreau de Justo 1400
Ciudad de Buenos Aires
C1107AFB Argentina

TELÉFONO
(+5411) 4338-0634
FAX
(+5411) 4349-0284
E-mail
bioetica@uca.edu.ar

DIRECCIÓN

Alberto G. Bochaty

**COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA**

Marina López Saubidet
María Graciela Juliano

DISEÑO

GRUPO UNO
grupo1@hotmail.com.ar

EDICIÓN



EDUCA

Ediciones de la Universidad Católica Argentina

IMPRESIÓN

Estrategia & Diseño
campo14@yahoo.com

AÑO

2001

ISSN

1515-6850

EJEMPLAR

ARGENTINA \$12.-
AMÉRICA LATINA U\$S12.-
EE.UU. - EUROPA - OTROS U\$S15.-

SUSCRIPCIÓN ANUAL

ARGENTINA, \$22.-
AMÉRICA LATINA, U\$S22.-
EE.UU. - EUROPA - OTROS U\$S25.-

Queda hecho el depósito legal que marca la ley 11.723. Derechos reservados.

SUMARIO

pág. **5**

EDITORIAL

pág. **7**

ARTÍCULOS

LA BIOÉTICA PERSONALISTA
Mons. Elio Sgreccia

pág. **17**

VIDA HUMANA Y SEXUALIDAD
San Agustín y la persona
P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

pág. **45**

BIOÉTICA. LOS DIEZ PRIMEROS AÑOS DE UN COMITÉ
DE ÉTICA HOSPITALARIO LATINOAMERICANO
Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

pág. **105**

TRATAMIENTO DE UNA MUJER CON CONDUCTAS HOMOSEXUALES
Un reto a la bioética y un desafío terapéutico
Dr. Lorenzo García Samartino

pág. **173**

OPINIÓN Y COMENTARIOS

LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS
Consideraciones antropológicas y éticas
Pbro. Dr. Fernando Chomali G.

pág. **185**

CLONACIÓN
Una mirada desde la ética y el derecho
Dr. Carlos Mosso

pág. **193**

CÉLULAS ESTAMINALES Y CLONACIÓN TERAPÉUTICA
Dra. Margarita Bosch.

pág. **199**

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA EL POTENCIAL DEMOGRÁFICO
DE LAS NACIONES EN UN MUNDO GLOBALIZADO
Dr. Oscar Botta

pág. **211**

DOCUMENTOS INTERNACIONALES

EVANGELIUM VITAE: CINCO AÑOS DE
CONFRONTACIÓN CON LA SOCIEDAD
VI Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
Comunicado final VATICANO, 11-14 de febrero de 2000

pág. **215**

DISCURSO DE JUAN PABLO II A LOS PARTICIPANTES EN LA
VII ASAMBLEA GENERAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA
Vaticano, 3 de marzo de 2001

pág. **219**

"PARA QUE TENGAN VIDA Y LA TENGAN EN ABUNDANCIA"
Mensaje de Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del enfermo

pág. **223**

DOCUMENTOS NACIONALES

LEY DE SALUD REPRODUCTIVA: DIÁLOGO
CON DIPUTADOS Y SENADORES

Gran Canciller

S.E.R. Jorge Mario Bergoglio, S.J.

Rector

Mons. Dr. Alfredo H. Zecca

Vicerrector

Lic. Ernesto José Parselis

Decano

Facultad de Posgrado en Cs. de la Salud

Dr. Carlos B. Álvarez

Director

Instituto de Bioética

P. Lic. Alberto G. Bochatey, O.S.A.

Investigadoras

Dra. Margarita Bosch

Dra. Zelmira Bottini de Rey

Colaboradores del Instituto

Lic. Teresa Baisi

Dr. Enzo Canónaco

Dra. Marina Curriá

Dra. Ana María Di Lonardo

Dra. M. C. Donadio de Gandolfi

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Dr. Armando García Querol

Dr. Lorenzo García Samartino

Dra. Carmen Gutiérrez Berisso

Dra. Patricia Kuyumdjian de Williams

Dra. Ma. Liliana Lukac de Stier

Dra. María José Meincke

Dr. Mariano Morelli

Dr. Carlos Mosso

Dr. Horacio Navarro Pizzurno

Lic. M. Carolina Pavía

P. Rubén Revello

Lic. Josefina P. de Videla

Dr. Carlos B. Álvarez

R. P. Domingo Basso O.P.

R. P. Dr. Roberto Colombo

Roberto Dell Oro, Ph. D.

Dra. María Luisa Di Pietro

Prof. Dra. María C. Donadio Maggi de Gandolfi

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Prof. Dr. Gonzalo Herranz

Prof. Dr. Francisco Javier León Correa

Hna. Dra. Elena Lugo Ph. D.

Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier

Prof. Dr. Gérard Memeteau

P. Gonzalo Miranda, L. C.

Edmund Pellegrino, MD, Ph. D.

Prof. Dr. P. Angelo Serra, SJ

S.E.R. Mons. Elio Sgreccia

Prof. Juan de Dios Vial Correa





Estimados amigos lectores de :
VIDA Y ÉTICA

Es una alegría poder comunicarme con Uds. una vez más.

*Todos sabemos lo difícil que está siendo el año 2001 en Argentina y cómo, a los esfuerzos habituales para mantener los proyectos, hemos tenido que agregar una dosis especial de creatividad, trabajo y esperanza para poder llevarlos a cabo. Es por esto que, junto a todo el equipo del **Instituto de Bioética**, me siento muy feliz de poder hacerles llegar el segundo número de nuestra Revista.*

*Abrimos la sección **Artículos**, con un aporte al que no tengo miedo de llamarlo histórico: Su Excia. Revma. Mons. Elio Sgreccia en persona, nos relata de una forma sintética –y, casi diría, biográfica– el inicio y contenidos básicos de la **Bioética Personalista** por él propuesta y elaborada. Creo que será un artículo de referencia imprescindible, de ahora en más, para el futuro y el desarrollo de esta perspectiva bioética.*

*En el artículo **Vida Humana y Sexualidad**, intento presentar una reflexión sobre la corporeidad del Hombre (varón-mujer), "espíritu encarnado", y sobre la verdadera perspectiva de la sexualidad en el pensamiento de San Agustín. A través de los siglos, no siempre se ha conocido el verdadero itinerario del Doctor de Hipona*

al respecto y se ha caído en lugares comunes de una crítica inconsistente y desinformada.

La Dra. Marta Fracapani de Cuitiño, brillante bioeticista argentina (una de las dos primeras Doctoras en Medicina con Tesis en Bioética del país y de Latinoamérica), nos presenta un profundo estudio sobre **Los diez Primeros Años de un Comité de Ética Hospitalario**. Sus muchos años en Terapia Intensiva Pediátrica, su notoria carrera hospitalaria y académica, su sólido trabajo intelectual y el haber sido una de las fundadoras del conocido Comité de Ética del Hospital "Emilio Civit" y luego "Humberto Notti" de Mendoza (Argentina), nos asegura un artículo de profundo interés, experiencia clínica cierta y serio contenido.

El Dr. Lorenzo García Samartino, hace un aporte muy apreciado, ya que no es muy común la bibliografía de Bioética y Psiquiatría. Nos presta un estudio sobre **Tratamiento de una Mujer con Conductas Homosexuales** donde podemos encontrar, además de ricas notas bibliográficas, el abordaje de un tema delicado con precisión, profesionalidad y una perspectiva profundamente humanista y bioética.

En la sección de **Opinión y Comentarios**, encontrarán aportes variados y muy actuales sobre algunos problemas candentes: **La Pildora del Día Después**, del P. Fernando Chomali, quien tuvo a su

cargo la voz pública de la Iglesia en Chile durante el arduo debate sobre el tema, acontecido en ese país durante este invierno. **Clonación**, del Dr. Carlos Mosso, quien desde una perspectiva legal, nos hace reflexionar sobre esta técnica tan dolorosa para la dignidad de la persona. **Sobre Células Estaminales y Clonación Terapéutica**, de la Dra. Margarita Bosch, investigadora de este **Instituto de Bioética**, quien en forma sintética y con gran rigurosidad científica, nos presenta datos y opinión sobre esta realidad desafiante. El Dr. Oscar Botta, aborda otra temática: a partir de su experiencia personal nos presenta **la Importancia de la Familia para el Potencial Demográfico de las Naciones en un Mundo Globalizado**.

Siguen las Secciones de **Documentos Internacionales y Nacionales** que continúan enriqueciendo el área de bibliografía que, pretendemos, sea una ayuda y referente continuo para todos ustedes.

Finalmente, quiero hacerles llegar, a nombre personal y de todos los miembros del **Instituto de Bioética**, un sincero saludo de Feliz Navidad y el deseo de un Año 2002 lleno de Paz y Esperanza plenas en el Niño Jesús, tan heridas y carentes en la Humanidad de hoy.

Hasta la próxima y... ¡buena lectura!

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
Director

LA BIOÉTICA PERSONALISTA

Mons. Elio Sgreccia

Laureado en Filosofía y Letras por la Universidad de Bologna (Italia).

En 1994 fue nombrado Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida.

Es Director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore (Roma) y profesor extraordinario de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la misma Universidad.

Fue el responsable de comenzar con la enseñanza de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del Sacro Cuore.

Ha sido y es miembro de numerosos Comités de Bioética tanto en Italia como en el exterior. Asimismo, es miembro de la Comisión Nacional de Bioética de Italia.

Es miembro del Pontificio Consejo para la Familia y del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

Es Director de la revista Medicina e Morale.

Además del Manual de Bioética –en dos volúmenes, traducido a diversas lenguas (español, portugués, francés y ruso) con tres ediciones y numerosas reediciones– es autor, coautor y editor de numerosas obras relacionadas con la pastoral sanitaria, la ética médica y la familia.

Cabe destacar entre sus publicaciones más recientes la colección "Scienza Medicina Etica" de la editorial Vita e Pensiero.

RESUMEN

El objeto del presente trabajo es exponer, de manera concisa y sintética, los principales rasgos de la corriente Personalista en Bioética. Lo hace el "padre" de esta corriente, Mons. Elio Sgreccia en persona, de una forma casi autobiográfica, narrativa y muy dinámica. Así se abordan temas como el concepto de persona en su significado ontológico -es decir, relación unitaria entre el alma espiritual y el cuerpo- y la significación que asume la corporeidad dentro de este marco, para luego dar paso a la enumeración y explicitación de los cuatro principios de la **Bioética Personalista**.

PALABRAS CLAVE

BIOÉTICA PERSONALISTA - PERSONALISMO ONTOLÓGICO - PRINCIPIOS - PERSONA - CORPOREIDAD

1. INTRODUCCIÓN

Me parece necesario, ante todo, hacer una pequeña introducción histórica, de cómo llegué -de cómo llegó nuestro Centro- a proponer esta línea, esta fisonomía en la enseñanza y en la investigación de la Bioética: la Bioética Personalista.

En 1984 el Rector de la Universidad del Sacro Cuore me llamó y me pidió que escribiera un pequeño manual para sistematizar las ideas que transmitía, desde hacía unos meses, en la Cátedra de Bioética que él mismo me había encomendado.

En aquel tiempo, se encontraban muchos artículos en las revistas y empezaban a salir noticias de Bioética, pero no se conocía bien qué era la Bioética, qué abarcaba y, sobretodo, cuál era su fisonomía científica y epistemológica. Pasaba esto, inclusive, en las Universidades. Así se me encargó dar una pequeña sistematización de las ideas y algunas nociones preliminares.

Al iniciar la reflexión sistemática para dar cumplimiento a este pedido, vi claramente que la cuestión central consistía en establecer cuál era el criterio fundacional por el cual se podía afirmar que la intervención sobre la vida del Hombre, y sobre la vida en general, estaba justificada. ¿Cómo se hace ese juicio, dónde se fundamenta la Bioética?

En ese tiempo, sobre todo en los Estados Unidos, era conocido el libro de Bauchamps y Childress -*The principles of Biomedical Ethics*-, el cual postulaba lo que se llamó **Principialismo**, con sus cuatro principios de la Ética Biomédica:

- Principio de no-maleficencia, de no hacer el mal
- Principio de beneficencia, hacer el bien

- Principio de autonomía, la decisión del paciente y la libre decisión de ellos
- Principio de justicia.

A partir de mi análisis, me di cuenta de que este Principialismo no permitía buscar una proyección cierta. Permanecía subyacente un relativismo, porque los cuatro principios no presentan, según los autores, una subordinación, una jerarquía. Se deben confrontar, se deben parangonar con la balanza, de forma tal que en la decisión última, puede prevalecer a veces uno de los principios, a veces otro y el que lo hace con más frecuencia es el principio de autonomía. Con el Principialismo no se tenía ni se tiene la seguridad de un juicio cierto fundado sobre la verdad, sobre el conocimiento de la ley ética, de la verdad ética y se constataba la permanencia de un presupuesto no unívoco.

Con el transcurso de los años se afirmaron otras teorías, como la **teoría liberal**, que ha recibido con H. Marcuse, sobretudo en el campo de la sexualidad, su expresión revolucionaria; el **utilitarismo** y, más tarde, el **contractualismo**.

En todas estas teorías -bien conocidas por todos- se constataba entonces, y se constata ahora, un marcado relativismo. Bien sabemos que la libertad no puede prevalecer sobre la vida, no puede prescindir de la responsabilidad, y lo útil no puede ser establecido por la mayoría de la sociedad y, mucho menos, por el

cambio de la misma. Por esto, ninguna de las teorías citadas me resultaban satisfactorias.

Es así que, partiendo de mi preparación -no sólo en el campo de la teología sino también de la filosofía- se me ocurrió estudiar, sobretudo, el Personalismo. Los autores de moral como Maritain, Gilson, que se fundan sobre la antropología de Santo Tomás de Aquino, y otros autores más cercanos en el tiempo, más modernos, como todos los filósofos de la Universidad Católica, Bontadini y otros, como S. Vanni Rovighi.

Con esta perspectiva, teniendo en cuenta el concepto metafísico de la persona humana, las ideas éticas del bien de la persona, de toda la persona y de todas las personas, como la resultante del bien de cada uno, Maritain había fundado la política, el derecho internacional, los derechos del hombre.

Me pareció que esta misma concepción era un sólido fundamento para establecer la **Bioética**. Ya esto había sucedido en el campo de los derechos humanos, de la ética política y la ética social. En el ámbito de la Bioética, de la biología y de la medicina, parecía que podía fundar una nueva perspectiva basada en el **concepto metafísico de persona**. Entonces, el primer paso fue renovar este estudio y reflexión sobre la persona humana en el sentido metafísico, ontológico.

En los años '80 y '90 me interioricé en diversas teorías llamadas persona-

lismos. El Personalismo, por ejemplo, existencialista que subraya, sobretudo, la subjetividad (la persona es un sujeto, capaz de decisiones libres, de reflexionar, consciente). Conoci también el Personalismo de la hermenéutica, que subraya la subjetividad de los conocimientos (cada persona, cada sujeto conoce con su típica perspectiva, a saber, una recomprensión de la realidad). En estos tipos de Personalismo encontré, también, subjetivismo y cierto relativismo.

Por esto, es importante subrayar que el personalismo del cual vamos a hablar, y que ha sido propuesto en nuestra escuela de Bioética, es el **Personalismo ontológico**.

2. LA PERSONA EN SU SIGNIFICADO ONTOLÓGICO

En el Personalismo ontológico la persona humana se va a definir como Santo Tomás de Aquino, *Ens subsistens ratione praeditum*, de manera objetiva y ontológica. Es persona el sujeto que resulta de la unión sustancial entre un cuerpo y un espíritu racional; un individuo de sustancia racional, es decir, una sustancia individual que tiene la racionalidad como su dimensión esencial.

Esta definición de "espíritu encarnado en un cuerpo", un cuerpo vitalizado y actualizado por el espíritu racional, es la definición realista de la persona, por lo que se es persona desde el mo-

mento en que se lleva a cabo el encuentro entre el espíritu y el cuerpo. No podemos entonces caer en el dualismo que pretende que exista el cuerpo antes que el espíritu que lo anime, que lo estructure, que le dé su singularidad.

Esta definición de persona tiene muchas consecuencias en el campo de la Bioética. Se funda aquí, por ejemplo, el hecho de que el embrión es persona desde el primer momento de la fecundación, porque no existe una corporeidad animada, espiritualizada en el Hombre que no sea de la misma dignidad que en el niño, en el joven y en el adulto. Es una misma sustancia, una misma realidad, desde el principio hasta el fin; posee la misma calidad. La misma dignidad se encuentra en el Hombre que goza de salud, así como en el que es enfermo, en el anciano, en el que tiene la capacidad de autodeterminarse, en el que ha perdido las facultades mentales por la edad o por la enfermedad mental.

La fundación metafísica, el alma espiritual y la unión sustancial confiere la garantía de esta permanente dignidad, en todas las personas, en todo el círculo vital del mismo sujeto.

Así asume una particular dignidad la corporeidad humana.

3. LA CORPOREIDAD EN EL HOMBRE

Este es un punto que vamos a desarrollar con mucha amplitud, con mu-

cha profundidad, porque no existe cuerpo humano, mientras el Hombre permanece vivo, que no sea cuerpo animado por espíritu; por lo tanto, no existe cuerpo humano con vida que no tenga la dignidad de la totalidad de la persona.

El cuerpo no es, en esta concepción, simplemente un objeto material, sino que es también sujeto. Podemos decir "yo tengo mi cuerpo" pero también decimos justamente "yo soy mi cuerpo". El cuerpo es parte integrante y sustancial de la subjetividad, por lo que goza de la dignidad del espíritu que lo anima, que lo estructura, que lo hace determinado sujeto específico. El cuerpo es la encarnación de la persona. Estamos en el mundo, estamos en la historia, estamos escritos en el Libro de la Historia, gracias a nuestro cuerpo.

La Teología nos dice que felizmente también el Hijo de Dios, gracias a la Encarnación, ha escrito a través de su cuerpo su existencia en el tiempo, en la vida de los seres vivientes de la historia humana. Es por este **Principio de la Encarnación**, por el que yo estoy aquí, ahora, desarrollando una página de historia en el mundo, por el que escribo una página de hechos positivos.

El cuerpo es también el **Principio de la Identificación**: en nuestro cuerpo se identifica a la persona, de sexo femenino o masculino, el cual no es intercambiable. Y esto es debido a que el cuerpo no es un accidente, un hecho voluntario; es una estructura, describe nuestra es-

tructura. Soy varón porque mi cuerpo es masculino, ella es una mujer porque su cuerpo es femenino.

Entre cuerpo y espíritu debe crearse una armonía, una paz; donde no está presente esta paz, esta armonía, hay agonía. Aquí están los fundamentos de la identificación sexual por la cual los científicos distinguen el sexo del género. El cuerpo transcribe la fisonomía profunda de todo ser humano.

La educación debe producir una armonía, una sintonía entre la sexualidad corpórea y la sexualidad psicológica, la sexualidad espiritual. El principio de identificación produce también la identificación de la singularidad, de la individualidad. Las improntas digitales o las improntas genéticas son parte de esta individualización que el cuerpo confiere a la persona y a la singularidad de cada persona.

La corporeidad es además, **Principio de Comunicación**, de Epifanía de la persona, porque el espíritu es más grande, trasciende el cuerpo. El cuerpo no transcribe toda la vitalidad del espíritu pero es la significación indicativa y suficiente para hacer pensar que hay mucho más en nuestra interioridad de lo que escribimos a través de los signos del lenguaje del cuerpo. El cuerpo hace como un velo, una separación de la interioridad, pero esta separación no es total porque el cuerpo significa el mundo interior. Todo lo que nosotros tenemos en el interior podemos exhibirlo de muchas

maneras, en parte, a través de los signos del cuerpo, no solamente el lenguaje oral o escrito, sino también el lenguaje de la corporeidad.

Es útil que pensemos lo que nos ha enseñado Juan Pablo II cuando habla del lenguaje corpóreo, no solamente en el campo de la sexualidad, sino en toda la expresión cotidiana relacional, artística, afectiva. El cuerpo significa nuestro mundo interior, el espíritu que habla, se revela y se esconde al mismo tiempo, a través del cuerpo. Esto es una maravillosa reflexión que podemos hacer cuando estamos frente a una persona (niño, anciano o cualquier Hombre) que habla con nosotros; podemos reflexionar que en su mundo interior hay un espíritu viviente y que su cuerpo se corresponde y lo revela al mismo tiempo.

Cuando el médico trata la corporeidad del enfermo debe asumir que se relaciona con toda la persona, con todo su inmenso mundo interior, con toda su historia, con toda la profundidad de su espíritu, sus esperanzas y sus temores, con todo el interior de la persona que se manifiesta y se esconde en la corporeidad.

De esta manera, se ve que el cuerpo es también un límite. Es el límite en el cual nuestro espíritu se escribe durante todo el tiempo de su existencia de este mundo. Es límite no solamente porque si yo estoy aquí, mi espíritu no puede encontrarse en otra parte del mundo (a no ser gracias a los medios de comunicación) sino que también es límite porque

está sujeto a la enfermedad, a la muerte.

En este punto debemos hacer una breve, pero profunda y sustancial reflexión: ¿qué es la muerte? La muerte es el fin de la limitación. El espíritu es más grande que el cuerpo. La muerte da al espíritu su más grande dimensión frente a Dios, frente al mundo. La fe nos asegura que la resurrección del cuerpo, la espiritualización del cuerpo coloca al cuerpo en la dimensión del espíritu.

La muerte es una puerta, una ventana que se abre al espíritu, el cual se libera de los límites, se pone frente a su real magnitud, que ahora no conocemos pero percibimos, ya que cada uno de nosotros somos más grandes de lo que conocemos de nosotros mismos. El Hombre es más grande que sí mismo, como ha escrito el Santo Padre.

El mundo actual no reconoce la reflexión metafísica sobre el espíritu, sobre el alma espiritual, es por eso que teme a la muerte, que teme el sufrimiento que precede a la muerte, que no acepta el morir. Por eso invoca la anticipación de la muerte, por el temor de la muerte misma.

El cuerpo es también un **medio de intervención** en el mundo, en el tiempo que vivimos y que vivimos aquí. El cuerpo es la primera tecnología: nuestro yo interviene en el mundo a través de sus miembros, a través de la corporeidad. Pero ¿qué es y por qué la **tecnología**?

Podría abrir aquí un gran *excursus*, para lo cual no tengo ni tiempo ni

espacio suficiente. Baste decir que la tecnología es, primero, la amplificación de nuestro cuerpo, de nuestra fuerza mecánica, de nuestros miembros. Todas las máquinas que obedecen a la fuerza mecánica amplifican nuestro cuerpo. Están después los sentidos –ojos, oídos– que amplifican nuestro cuerpo y el organismo sensible; y tercero, la tecnología neuronal, las computadoras, la robótica, la inteligencia artificial, todas amplifican nuestro cuerpo. Pero la raíz de la tecnología es nuestro cuerpo y la justificación de la tecnología es la amplificación y la armonización de la relación humana. Cuando la tecnología se vuelve contra nuestro cuerpo deja de ser humana. Humana es mientras fortifica y amplifica nuestra corporeidad, favoreciendo el lenguaje corpóreo, la relación corpórea, la intervención de nuestro cuerpo en el mundo por el bien de toda la persona. En lo último, el cuerpo es un organismo y en el organismo las partes tienen la finalidad al servicio de todo el **organismo**.

Aquí es importante hacer un alto para distinguir el organismo físico del organismo social. En la sociedad, las partes no encuentran su razón de ser en el todo: cada parte –la persona humana en la sociedad– contiene en sí misma toda la dignidad de la totalidad. Es la persona individual un exponente de toda la humanidad, representa a toda la humanidad.

No se puede parangonar al miembro del organismo físico con el miembro del organismo social. La visión organicista de la sociedad fue la del colectivismo,

hitlerismo, comunismo. La persona es más que la sociedad, la persona crea la sociedad por el bien de las personas individuales en el organismo social. En el organismo físico, al contrario, cada parte está al servicio de la totalidad. Este es un punto muy importante porque hace lícito, por ejemplo, intervenir en la parte en beneficio del todo.

4. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

Llegamos al punto en el que debemos abordar los Principios de la Bioética que se funda sobre esta visión **Personalista**, de la dignidad de la persona –que es unión de espíritu y cuerpo–, sobre esta visión de la corporeidad y organicidad de la persona, que está en la sociedad como sujeto activo y fin de la sociedad.

Hemos definido, entonces, a los principios de la Bioética Personalista como:

1. Principio de defensa de la vida física
2. Principio de Totalidad o Terapéutico.
3. Principio de Libertad – Responsabilidad.
4. Principio de Sociabilidad – Subsidiariedad.

El primer Principio destaca que la **Vida Física**, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en el cuerpo.

Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la vida. La vida llega anteriormente a la libertad; por eso, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime a sí misma. El aborto o la eutanasia por ejemplo, no pueden nunca celebrar la libertad porque su fin es suprimir la vida. En ellos, se suprime la libertad del niño que va a nacer, en el caso del aborto, y la libertad del enfermo que es moribundo, en la eutanasia. Ninguno de ellos puede ser un acto libre y lícito del uso de la libertad porque es contra la vida. La vida es el presupuesto de la libertad.

El segundo Principio es el de la **Totalidad**. La persona, -libre, en un organismo- con el organismo, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el Principio **Terapéutico**, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. En este caso, se requieren condiciones precisas, que los moralistas ilustran: consentimiento de la persona, esperanza de éxito e imposibilidad de curar la totalidad sin intervenir. Todo esto legitima la licitud de la intervención médica y quirúrgica sobre el cuerpo. De la misma forma, en el campo de la ge-

nética, es lícita la terapia génica cuando se puede conseguir la sustitución del gen enfermo o defectuoso para curar y reintegrar la totalidad de la corporeidad y la armonía de la persona.

El tercero es el Principio de **Libertad y Responsabilidad**. En él se engloba el concepto de que la persona es libre pero, es libre, para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, el mundo que ha sido confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la libertad sin celebrar la responsabilidad.

Algunos de los primeros bioeticistas han insistido en el principio de la responsabilidad, frente a las dificultades que se encuentran hoy, en la sociedad desarrollada, en el campo de la ecología, corrompida y amenazada. La responsabilidad de todos frente a las otras personas, a las generaciones futuras, al mundo de los otros seres vivientes y al mundo material, que debe ser conservado. La Bioética no puede ser una Bioética simplemente del libertinaje, de una libertad sin responsabilidad sino, por el contrario, debe ser una Bioética de la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivientes.

Finalmente, el Principio de la **Sociabilidad y Subsidiariedad**. La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización so-

cial, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo Hombre y de todos los Hombres. Por lo tanto, debe respetarse también este carácter social en la ciencia y en la medicina. La medicina es un servicio social. De acuerdo con este principio, cada persona es responsable, no solamente de su salud, sino también de la salud de los otros y de las condiciones de salud que encontramos en nuestro medio ambiente.

En este sentido, la relación social es también ayudada por el concepto de subsidiariedad. Subsidiariedad significa, ante todo, que todo el bien que puede hacer la persona por sí misma debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas -en familia o en las libres asociaciones- debe ser respetado también. Si hay un grupo de personas que son capaces de producir el bien de los otros -como es el caso de la educación, la central de bomberos, el hospital- deben ser libres de favorecer, de ayudar a la sociedad.

En esta perspectiva encontramos el verdadero valor de una democracia sana, completa y objetiva: se valora y estudia no solamente a las personas individualmente sino también a los grupos reflejando su finalidad, cuando esas finalidades son para el bien de todos.

Pero el Principio de **Subsidiariedad** no acaba allí. Implica, también, que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse a sí mismos, que no

tienen la posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos; lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. El Principio de Subsidiariedad puede definirse también como **Solidaridad**.

5. CONCLUSIÓN: EL HUMANISMO PLENARIO

Estos son los principios que se actualizan de forma especial con el tema de la distribución de los recursos económicos en medicina. La medicina que se maneja con los parámetros de las teorías liberales, no es una medicina justa, porque no todas las personas pueden tener los recursos económicos para procurarse las terapias y las intervenciones hospitalarias. Es necesario que la sociedad ayude a elevar la posibilidad de acceso a la salud de aquellos que no la tienen. Esta necesidad la vemos en la voz de aquellos que no pueden acceder a una determinada cura, a las terapias necesarias en cualquier sistema de salud, para su supervivencia. Ellos tienen el derecho a ser curados, no es un simple acto de generosidad; es un derecho. Debemos hacer una sociedad donde pueda existir no solamente la libertad de iniciativa, sino también donde se ejercite la solidaridad entre los hombres, en favor de los más necesitados.

VIDA HUMANA Y SEXUALIDAD

SAN AGUSTÍN Y LA PERSONA

P. Lic. Alberto G. Bochatay, O.S.A.

Director del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)

Profesor de Bioética en grado y posgrado (Facultad de Teología, Universidad del Salvador, Colegio Máximo, Buenos Aires, Argentina) y Profesor de Ética Biomédica en el Magíster en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)

Miembro de la Comisión Nacional de Bioética.

Miembro de la Comisión Provincial de Bioética, (Buenos Aires, Argentina).

RESUMEN

En el presente trabajo se aborda el tema de la vida humana y la sexualidad, haciendo hincapié en una característica esencial del ser humano: la unidad de su cuerpo con su alma. Partiendo de esta base, el autor responde a la pregunta acerca de si los estadios primigenios del nuevo ser son humanos en sí mismos y si ese ser es persona, mientras resalta el valor del cuerpo como principio de identidad humana e identidad personal.

En un segundo momento, presenta la visión personalista de la sexualidad a través de la antropología agustianiana. Es así que muestra cómo, contrariamente a lo que se cree, San Agustín también resaltó la

bondad del cuerpo en el ser humano, a partir de la premisa de la unidad sustancial cuerpo-alma. Se hace referencia, también, al tema de la concupiscencia y el aborto en San Agustín, entre otros.

PALABRAS CLAVES

SEXUALIDAD - CORPOREIDAD - PERSONA - CONCU-
PISCENCIA - ABORTO - LIBERTAD - LIBRE ALBEDRÍO

El tema que nos ocupa es, sin duda, un tema de profundas y amplias connotaciones en distintos campos: antropológico, filosófico, teológico, bioético, jurídico, médico, biológico, social, cultural y económico. Trataré, en esta presentación, de ceñirme al campo teológico-filosófico, desde la perspectiva de la bioética y con relación a la persona. Por esto, comenzaré desde la medicina pero en su dimensión transdisciplinar¹.

El ser humano y su cuerpo encuentran un lugar central en la temática médica. Desde siempre, los profesionales de la salud se han esforzado por comprender la estructura del cuerpo (anatomía), sus funciones (fisiología), su estructura y funcionamiento celular (bio-

logía, bioquímica), sus mecanismos de actividad y regulación (neurología, inmunología), sus distintos sistemas de órganos y sus conexiones (cardíaco, pulmonar, renal, hepático, etc.) y la gran variedad de enfermedades, heridas, influencias ambientales nocivas y condiciones genéticas y congénitas que gobiernan el desarrollo del cuerpo y determinan la vida personal².

A lo largo de la historia de la medicina y de las ciencias de la salud, se fueron dando distintas visiones de la corporeidad, según los tiempos. Por ejemplo, la visión "racional" o "dogmática" veía el cuerpo humano, fundamentalmente, como causal en la naturaleza: distintos eventos dentro del cuerpo eran los que causaban otros síntomas. Por el contrario, la tradición "empirista" o "escéptica" contempla el cuerpo como un todo en devenir y con múltiples interacciones, encarnado en el mundo que lo rodea (visión holística). Unos miraban el interior del cuerpo para conocer estructuras y funciones, los otros miraban la historia del paciente y la recolección de historias de otros médicos que trataban las mismas enfermedades o similares.

1 Cfr. Bochaty, Alberto: *Bioética y Teología Moral* Paulinas, Buenos Aires (1994) 10. La palabra "transdisciplinar" es una propuesta personal, junto con otros autores, desde la metodología bioética que utilizo. Es superadora de la palabra más común, interdisciplinar. La interdisciplina es la sumatoria de opiniones provenientes de diversas disciplinas. En la transdisciplinariedad, cada disciplina presenta sus datos en forma dialogante e inclusiva, abriendo sus límites para formar una unidad en la única verdad que se comparte, sin perder el método y el objeto propio.

2 Cfr. Reich, Warren: *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. I. New York, Simon & Schuster Macmillan (1995) 293-312.

Estas dos visiones han estado, y siguen estando, presentes en la medicina moderna. Si bien podemos remontarnos a los trabajos seminales de anatomía de Andreas Vasalius (1514-1564) para la primera visión, debemos hacer un salto a nuestro siglo para analizar lo que podríamos llamar una revolución copernicana, con el Profesor Pedro Laín Entralgo (1969), en la forma de entender el cuerpo y sus relaciones con la naturaleza, sobretodo, con la naturaleza del Hombre (varón - mujer)³ donde se realiza su existencia y en donde se encuentra en profunda unidad con la "persona" que es la que puede gobernar ese complejo sistema de estructuras fisiológicas interactuantes y de mecanismos gobernados por múltiples controles interrelacionados en el sistema neurológico, que es el cuerpo.

Con suma brevedad, recordemos que René Descartes (1596-1650), argumentaba que la mente -o alma- (*res cogitans*) y el cuerpo (*res extensa*) debían ser entendidos como sustancias: mutuamente exclusivas, auto subsistentes y, ontológicamente, entidades distintas, ninguna de las cuales necesita la otra para ser o para ser conocidas. Este dualismo,

bifurcación de la realidad, estará a la base del pensamiento moderno, en general, y de la medicina, en particular.

Tanto Blaise Pascal (1623-1662) como Benedict de Spinoza (1632-1677), entre otros, criticarán las dificultades insuperables que creaba este dualismo cartesiano. Especialmente Spinoza, recurriendo a la metafísica, dirá que lo que Descartes llama *substancia* (cuerpo y alma) sólo podrían ser *atributos* de una y única sustancia, real en sí misma. Mente / alma y cuerpo son esenciales uno al otro y, sólo en su *unidad*, pueden ser comprendidos: "el cuerpo es el espejo del alma; la mente, la idea del cuerpo".

Max Scheller (1874-1938), quien dedicó serias reflexiones al tema bajo la perspectiva de la conducta moral (el *ego* y los *actos del ego*), hablará de la experiencia del cuerpo como "mío", pero como unidad y centralidad de la persona que se experimenta a sí misma. Edmund Husserl (1859-1938) nos iluminará sobre la experiencia de relación de conciencia de la persona con su propio cuerpo. El problema fundamental es determinar en qué sentido y de qué manera o maneras es experimentado por la persona ya que,

3 A riesgo de ser polémico y siendo consciente del problema del 'gender' (que trataremos más adelante), quiero expresar que en este trabajo, al menos en la versión original en español, usaré la palabra Hombre (escrita con mayúscula) para nombrar al ser humano. Considero esta palabra inclusiva y sintética y que respeta la variedad de visiones sobre la persona que existen en la literatura latinoamericana. Conozco, creo que bastante bien, la problemática lingüística, cultural y de sensibilidad que la palabra "Man" produce en las personas de lenguas anglosajonas. Desde ahora, pido disculpas si alguien se siente molesto, no es mi intención en lo más mínimo. Sólo quiero ser fiel a mi cultura y a una propuesta que permite llamar al ser del género humano Hombre (varón y mujer) respetando cualquier orientación sexual o de 'gender' que él o ella realice, sin emitir o significar un juicio o análisis moral de la misma.

sólo lo físico, biológico y cultural, puede ser experimentado. Husserl, sin aceptar el dualismo cartesiano, hablará de una "íntima unión" donde se puede descubrir el "cuerpo como mío".

Con respecto a la vida humana y sus inicios, son muchos los aspectos a tratar y los caminos que podemos seguir. La propuesta que haré a continuación pretende seguir un camino progresivo y esencial desde datos científicos básicos y consensuados, iluminándolos desde una perspectiva bioética. Esto quiere decir que trataré de presentar datos donde lo teológico y filosófico lleven un rumbo cercano a los datos de las ciencias duras.

Desde la perspectiva bioética, la teología puede fundamentar (*theo*) pero nunca quedarse en el campo teórico, ya que no podría seguir los pasos del trabajo transdisciplinario (*logos*). No obstante, el recurso a ciertos argumentos ontológicos tiene la perspectiva dinámica de la palabra que nos relaciona con la verdad y comunica la intersubjetividad. La pregunta de la ontoteología, no va referida al **qué** sino al **quién**, que invita a una historia para la respuesta donde el **quién** surge en sus diferentes roles, relaciones y responsabilidades.⁴

Este **quién**, encarnará algunos principios que ayudan al respeto fundamental de la persona:

- a) **cuidado, tutela y promoción de la vida física**, sin la cual todo discurso quedaría en el campo teórico especulativo;
- b) reconocimiento de la **libertad y la responsabilidad** de cada persona, para sus pensamientos, actos y opciones;
- c) **principio de totalidad o terapéutico**, que permite la intervención lícita sobre el cuerpo, sin prescindir del todo;
- d) la **sociabilidad y subsidiariedad**, con miras a alcanzar el bien común por medio del bien de las personas en particular⁵.

Con relación al cuidado o defensa de la vida física, es importante subrayar que esta afirmación no se realiza de una forma fundamentalista o absoluta. La vida física tiene un valor fundamental pero no absoluto. Si tuviera un valor absoluto, no existiría la muerte. Pero sucede que, en la elaboración de contenidos actuales sobre algunos criterios de autonomía del Hombre, la vida toma lugares segundos o terceros, provocando no sólo un reor-

4 Cfr. Sacrlon, Michael: *Global Challenges: Theology in the early 21st Century*. Congreso de Teólogos y Filósofos de la Orden de San Agustín, Roma (18 de junio de 2001) 12-20.

5 *Principios de la Bioética Personalista*. Cfr. Sgreccia, Elio: *Bioetica, Vita e Pensiero*, Milano (1986) 99-106.

denamiento de prioridades difíciles de justificar sino, sobre todo, provocando en la persona una especie de vacío, al perder (o, al menos, al relativizarse) el valor fundamental de su ser.

Si la vida humana no se respeta como un valor fundamental, desde el momento de su inicio hasta su muerte, quiere decir que hay causas y argumentos suficientes para que esto sea así. El problema será determinar, en forma global y universal, precisa y contundente, estos criterios que deberán satisfacer a todos los Hombres sin exclusión de raza, cultura, creencias o cosmovisiones, ya que, de lo contrario, se le podrían aplicar u obligarle a someterse a estos criterios, produciéndole la muerte. Bien sabemos que la muerte es un paso a una nueva vida, pero marca de forma definitiva el final de la vida espacio-temporal. Defender la vida física como un valor fundamental es defender a la humanidad de cualquier persona, régimen, legislación, creencia o mentalidad generalizada que pueda determinar el final de la vida, de mi vida, de la vida del otro. La misma democracia peligra si no se reconoce la dignidad de cada persona y sus derechos. Ejemplos de esta realidad abundan en la historia incluso reciente y, hasta diría, actual de la humanidad.

Superando esta visión socio-política del poder sobre la vida, no olvidemos la dimensión teológica, que nos presenta a la persona como trascendente y sujeto de Gracia, que recibe de Dios el don propio de la vida humana. Digamos aquí que el Hombre, en el ejercicio de su libertad y en la construcción de su pensamiento, no es verdaderamente pleno si olvida a Dios. La realidad teónoma del Hombre no limita ni bloquea su ser ni su hacer. La realización y la alegría plena de la persona exigen vivir y comunicar su relación con Dios y con el Evangelio de la Vida. Donde se respeta y promueve la vida, se vive la paz que se convierte en atmósfera alegre y operante de la convivencia social⁶.

1. LOS ESTADIOS O ASPECTOS BIOLÓGICOS PRIMIGENIOS DEL NUEVO SER, ¿SON YA HUMANOS EN SÍ MISMOS?

El fruto de la fertilización (singamia, cigoto, mórula, blastocito, etc.), lo que es biológico en el Hombre, no puede ser separado de lo que es humano. Desde la teología, no desconocemos que todas y cada una de las etapas que describen la bioquímica y la biología son pre-

6 Cfr. Paolo VI: *Mensaje para la Jornada Mundial de la Paz*. Ciudad del Vaticano, enero 1977.

cisas y reales, pero nos interesa observar y describir al Hombre como **un creado** -o, mejor dicho, **un procreado**- en su unidad y en su trascendencia.

Los biólogos nos dicen que en el desarrollo del cuerpo humano, no hay saltos de cualidad: es siempre la misma realidad biológica que se desarrolla y transforma. En esto, la teología no sólo coincide sino que reafirma. La célula que se nos presenta como "un nuevo ser humano que comienza su propia existencia o ciclo vital", es el origen de un nuevo y original cuerpo humano (Serra, Angelo), es un ser humano.

La antropología filosófica contemporánea afirma que todo lo que es "humano" en el Hombre, es inseparable de su "cuerpo". Y los principios biológicos nos muestran que desde la concepción, la especie humana evoluciona por medio de un **principio intrínseco, unitario, de actualización de sus propias capacidades**.

El desarrollo y la funcionalidad de las estructuras somáticas y psíquicas del organismo se originan en el proceso de la fertilización, con la constitución del genoma individual, que significa el inicio de la vida de un nuevo ser humano. Su naturaleza tiene como base organística la presencia de un genoma específicamente humano, que tiene las condiciones para la manifestación, gradual y en el tiempo, de

todas las facultades de la persona humana. Esta intrínseca unión del genoma del Hombre con la constitución de la persona lo diferencia esencialmente de todas las demás especies vivientes y fundamenta su inalienable dignidad con relación a la de la misma persona humana. A raíz de la unidad substancial del cuerpo con el espíritu (*corpore et anima unus: una summa*), "el genoma humano no tiene, solamente, un significado biológico; él es portador de una dignidad antropológica que tiene su fundamento en el alma espiritual que lo penetra y lo vivifica"⁷.

El mismo origen del género humano hoy puede ser estudiado por medio de la evolución del genoma, pero la realidad de la Creación, que se inscribe en el acto libre de amor con el cual Dios da el ser a la única criatura que Él ha querido a su imagen y semejanza, permanece como una exigencia postulada por la razón y una afirmación de la Revelación divina.

2. LA NATURALEZA HUMANA DEL EMBRIÓN/CUERPO. IDENTIDAD HUMANA E IDENTIDAD PERSONAL

La Sagrada Escritura nos dice que la persona es configurada por medio de una íntima correlación entre la criatura humana y su Creador: "Él, que tiene en

⁷ Cfr. Juan Pablo II: *Discurso a los miembros de la Academia Pontificia para la Vida*. 24 de febrero de 1998.

su mano el alma de todo ser viviente y el sople de toda carne de Hombre" (Job 12,10) Son las manos del mismo Creador que hacen a la persona a su imagen y semejanza (Gen. 1,26), dándole la capacidad de generar, a su vez, vida humana (procreación) como signo de su obra creadora. Dios llama al ser humano desde el seno materno (Sal. 22,11) para que, por medio de esta llamada, la persona pueda actuar libre y responsablemente el Plan divino de Redención y Salvación⁸.

Dios manifiesta su "asociación" con los esposos, sus "cooperadores en la obra creadora y sus intérpretes", entregando el don de la vida junto al proceso humano de la procreación⁹. Hay una actualización de la voluntad creadora, ya no por una "animación" del cuerpo, sino por una "hominización" del procreado. No se trata de desconocer la secular "teoría de la animación" del cuerpo, sino que se trata de rescatar la unidad y unicidad del ser humano desde el primer instante de su existencia hasta el último, por medio de la "teoría de la hominización" del ser. Cada embrión humano mantiene constantemente su propia identidad, individualidad y unicidad. Él permanece siendo el mismo idéntico individuo, sin interrupción, por medio del proceso que comienza con la fusión de

los gametos, incluso, cuando se transforma en su compleja totalidad.

Juan Pablo II manifestó la preocupación de la Iglesia y su Magisterio sobre este tema dedicando más de cuatro años a desarrollar la Teología del Cuerpo, especialmente en sus catequesis de los miércoles, centrando a la persona en el misterio de Cristo. Allí, Juan Pablo II trató la dimensión humana de la persona, la sexualidad y el matrimonio a la luz de la Revelación. Rescatando del relato bíblico (Génesis) la experiencia humana de la soledad original, la unidad original y la desnudez original, presenta el sentido nupcial del cuerpo. Unidad nupcial entre las personas que toma tal dimensión en la Comunidad, reflejo de la comunión de la Santísima Trinidad.

El Magisterio ya no se centrará tanto en la ley natural, sino en la dignidad de la persona y en el Cristo de la Escritura. *Mulieris Dignitatem* y *Evangelium Vitae* son ejemplos claros de esta línea de las enseñanzas. *Veritatis Splendor* y *Laborem Exercens*, se inscriben en la misma estructura y, así, podemos confirmar que la intención del Magisterio Pontificio pone a la persona, iluminada por la revelación del Cristo de la Historia, como base de toda la enseñanza sexual, social y médica. La igualdad en digni-

8 Cfr. Academia Pontificia para la Vida: *Asamblea General. Comunicado final*. Febrero de 1998.

9 Concilio Vaticano II: *Gaudium et Spes* 50.

dad y la irreductible diferencia entre los sexos, junto al sentido nupcial del cuerpo, son elementos fundamentales para comprender la sexualidad cristiana ordenada a construir la "Cultura de la Vida"¹⁰.

-El cuerpo no es algo que poseo
-"yo y mi cuerpo, cuya vida yo vivo-"
(Perini)- Mi cuerpo es la condición indispensable para realizar y vivir mi vida en el mundo (G. Marcel)

Los grupos feministas de los años '70, especialmente los europeos, hicieron famosa la expresión "**mi cuerpo es mío y yo lo autogestiono**", expresión polémica que encierra una ambigüedad y una tautología, aunque lo que trataba era rescatar el concepto de autonomía individual de la mujer en un momento de intensa transformación política y cultural.

En esa frase, el verbo "ser" nos puede llevar a una doble significación e interpretación:

a) "mi cuerpo es mío": entendido como mi ser, mi existencia, mi yo, inicio de la alteridad.

b) "mi cuerpo es mío": como una posesión, me pertenece, lo utilizo según mi subjetividad, ideología y/o realidad cultural.

En la primera, **mi cuerpo** es mi pro-

pio ser, que no poseo, sino que "soy" (no **tengo** alma y cuerpo, yo **soy** alma y cuerpo). La segunda, **mi cuerpo** es algo que dispongo, que puedo usar a mi capricho y ganas, sin trascendencia y como objeto. Pero el concepto definitivo del cuerpo es de "sujeto" y nunca de "objeto". No es algo extraño a mi Yo ni la cárcel o receptáculo de mi espíritu (Ej.: Plantón, místicos del Siglo de Oro español)

Históricamente, no encontramos una persona que no sea, al mismo tiempo, espíritu y cuerpo. Corporeidad que expresa la existencia, una e indivisa. Cualquier separación u objetivación del cuerpo nos lleva, irremediablemente, a una reversión de antropología dualista. La naturaleza del Hombre es una, como uno es el hombre por naturaleza.

Para comprender el concepto de **Natura**, propongo que leamos la traducción latina de las palabras griegas:

Physis: el mundo físico, material, lo complejo de la naturaleza general (ej.: la ecología) o,

Phisis: la esencia de algo. Cada ser tiene una naturaleza (Phisis) que determina su lugar entre los seres y su forma específica, propia de actuar¹¹.

En este sentido, el Hombre no es algo ya hecho, sino que es algo que se está haciendo, siendo una estructura

10 Juan Pablo II: *Evangelium Vitae* 95-100. Con respecto a la Teología del Cuerpo uno de los mejores compendios, con una bibliografía amplia y precisa: Juan Pablo II: *The Theology of the Body. Human Love in the Divine Plan*. Pauline, Boston (1997) 603. Otra buena obra: Rocchetta, Carlo: *Per una Teologia della corporeità*. Edizioni Camilliane, Torini, 1993.

11 Aristóteles: *Metafísica* V,4,1.

abierta, dinámica, transformante pero siendo, a su vez, -siempre- sujeto libre y responsable. En este "completarse" continuamente, puede ordenarse y gobernarse a sí mismo y buscar los bienes que le son necesarios para el perfeccionamiento integral como persona. En esa búsqueda podrá recurrir a su interioridad, donde se encontrará con una voz que le dice "haz esto; evita aquello"¹² a la luz del Decálogo y de las Bienaventuranzas. Es, justamente, en su naturaleza abierta donde el Hombre descubre que puede construir su dimensión "teológica" y trascendente y no está condicionado por leyes biológicas, instintivas o de *a priori* que lo limiten a la materialidad y a la subjetividad relativa.

Podemos terminar, entonces, con la antigua discusión sobre si el Hombre "corporaliza" el espíritu o el cuerpo se "espiritualiza". La corporeidad indica el específico modo humano: la "naturaleza de la persona humana", que es la persona en sí misma, unidad de cuerpo y espíritu. Precisamente esta unión substancial es lo que hace al Hombre, Hombre. El Dios que amó, al crearlo a su imagen y semejanza, da al Hombre la capacidad de una unidad integradora y vital.

3. EL EMBRIÓN ¿ES PERSONA?

Para muchos es demasiado afirmar que el embrión es persona; ¿no es suficiente con reconocer que el embrión es un individuo de naturaleza humana, en orden a justificar su dignidad e inviolabilidad?

Convengamos en que la eliminación del concepto de persona *a priori*, no ayuda a la claridad filosófica del tema y deja sin resolver la relación entre naturaleza y persona. Esta relación es muy relevante para la Teología y para la más moderna Bioética, ya que hace explícito lo específico debido al Hombre. En las palabras de Paul Ricoeur: "La persona, sigue siendo el mejor candidato para confrontar las batallas jurídicas, económicas, políticas y sociales"¹³.

Pero bien podemos hacernos la pregunta de ¿qué es la persona? o, mejor dicho, ¿quién es persona? Una vez más, será dentro de la Bioética donde podremos dialogar con metodología transdisciplinar, junto a las otras ciencias, sobre la gran pregunta de nuestro tiempo.

Persona es el individuo humano realmente existente. Es el Hombre porque tiene naturaleza humana. El Hombre

12 Concilio Vaticano II: *Gaudium et Spes* 16

13 Ricoeur, Paul: *Meurt le personnalisme, revient la personne*, en *Espirit* 1(1983)115.

"es" porque efectivamente posee el acto de ser, por medio del cual su naturaleza humana subsiste y es sujeto de sus propios actos, lo que significa que es una persona.

Recordando al clásico Santo Tomás, bien sabemos que el axioma "la acción sigue al ser" continúa siendo válida. "Pedro es persona", no por ser Hombre, sino porque es este hombre. Por eso, no es propiamente correcto decir que el "Hombre es persona", sino que deberíamos decir **"este hombre es persona"**¹⁴. Es aquí donde se afirma la antropología católica que nombra al ser humano como persona desde su verdadero inicio. Este es parte del aporte al lenguaje bioético de la teología católica en el tema de la persona. No se desconoce el aporte de otras ciencias, sino que se propone el propio para enriquecer el concepto más complejo (o, al menos, uno de los más complejos) de la realidad "cuerpo humano".

Pero quisiera dar un paso más y acercarnos, desde la bioética, a la visión cristiana del personalismo¹⁵.

Como he hecho notar, en la visión materialista no personalista, el cuerpo es considerado como un objeto que el Hombre (varón-mujer) tiene o posee: la corporeidad entra en el campo de las po-

siones del Hombre. Por lo tanto, el Hombre puede disponer de él a su voluntad, tanto sea sobre la base de sus exigencias personales, como sobre la base de exigencias sociales. La vida humana no es más, en el mejor de los casos, que una espera del momento en el que se saldrá del cuerpo para dedicarse a la realidad espiritual e incorruptible de la reflexión y de la contemplación (Platón)

La interpretación personalista, es diferente. El Hombre no tiene un cuerpo sino que **es cuerpo**, mejor dicho, **es una corporeidad**, aunque no se agote en ella. Ya Aristóteles trató, aunque infructuosamente, de atenuar la concepción dualista entre cuerpo y alma: el alma está unida al cuerpo en una relación de forma y materia. El alma es forma substancial del cuerpo, lo que significa que éste es humano en todas sus partes, en cuanto informado por el alma. Por su parte, el alma anima y actualiza al cuerpo y lo hace ser cuerpo humano.

La superación verdadera viene dada por una concepción unitaria del Hombre, sostenida por el cristianismo, y antes incluso por el judaísmo, que afirma que entre el cuerpo y el alma hay una unión substancial y no accidental: el cuerpo no es una parte del Hombre sino

14 Tomás de Aquino: *De Unione Verbi Incarnati* a.3, ad 1 y 2.

15 Cfr. Sgreccia, Elio; Spagnolo, Antonio; Di Pietro, Maria Luisa: *Manuale per Diplomi Universitari della Sanita*. Vita e Pensiero, Milano (1999) 158-167.

que es la expresión y la presencia de todo el Hombre, o sea, un modo fundamental de ser y existir. De hecho, el cuerpo puede ser definido humano, porque tiene significación en cuanto conectado a la persona y porque es animado de un alma espiritual, la misma por la que conocemos y que nos hace libres. El cuerpo y el YO personal (alma o espíritu) son *coprincipios* de la persona.

4. LA PERSONA: SINÓNIMO DE "SER HUMANO INDIVIDUAL"

Partiendo una vez más de los clásicos, recordemos que, en la definición de Boecio, la persona es una "sustancia individual de naturaleza racional".

Sustancia: es aquello que existe en sí mismo. *Accidente*, es aquello que existe en otro, o sea, en una sustancia. La persona existe en sí misma, por lo tanto, es una sustancia; una sustancia que existe, un "actus essendi", que sirve de substrato para los accidentes.

Aún en el lenguaje más relativista de nuestro tiempo, el ser humano encuentra en la autonomía una especie de "sus-

tancia" que está –incluso– por encima de la misma vida. La vida del cuerpo puede desaparecer si el imperativo de la autonomía determina que así deba ser. Pareciera que la autonomía ejercida por el pensamiento, la voluntad, la propia visión del mundo es el substrato esencial de la existencia; un principio que se fundamenta en un derecho (norma elaborada por terceros) y no en una existencia (realidad del propio ser)¹⁶.

Individual: lo universal no existe, en realidad, sólo los individuos existen "subsistens distinctum", "indivisum in se". La persona, que es sustancia individual, o sea que subsiste en sí misma, forma una totalidad completa.

Cuando hablamos de "indivisum in se", no se quiere significar "indivisible", sino unidad interna substancial. Es obvio recordar que, por definición, toda materia puede ser dividida cuantitativamente. Pero aquí queremos subrayar ese principio interno, espiritual que preside la unidad de la persona y que ejerce sus funciones sobre el organismo y en el organismo, impidiendo que sus elementos se disocien¹⁷, al punto que, si esto sucede, se produce la muerte.

16 Sobre el tema de la ética de la persona fundada sobre los principios: Beauchamp, T.; Childress, J.: *Principles of Bio-medical Ethics*. Oxford University Press, New York (1989). Ellos lanzan una línea de pensamiento que aún hoy, y a pesar de la evolución de su propio pensamiento, sigue fuertemente vigente.

17 Cfr. Juan Pablo II: *A los participantes al Congreso de la Pontificia Academia de las Ciencias sobre Determinación del momento de la muerte*. Ciudad del Vaticano, 14 de diciembre de 1989.

Parafraseando su definición de muerte, que dice: la muerte "sobreviene cuando el principio espiritual que preside la unidad de la persona no puede ejercitar más sus funciones sobre el organismo y en el organismo cuyos elementos, dejados a sí mismos, se disocian. Ciertamente esta destrucción no golpea al ser humano entero. La fe cristiana –y no sólo ella– afirma la persistencia, más allá de la muerte, del principio espiritual del hombre".

Naturaleza Racional: o sea, posesión de razón, entendida como la apertura constitutiva de la naturaleza humana a la razón.

La definición de Boecio, además de los tres elementos de los que hablamos (sustancia, individualidad y naturaleza), implica también, y sobre todo, la "racionalidad", que es la específica diferencia que distingue al Hombre de otras sustancias individuales.

Las otras características y dimensiones en las que insiste el pensamiento antropológico contemporáneo (libertad, proyecto, vocación, relación, etc.), están incluidas en la específica diferencia de "racionalidad", porque la racionalidad es la profunda raíz de la que nacen las manifestaciones y los actos segundos.

No es necesario que la racionalidad esté como una "operación en acto"; es suficiente que esté presente como una capacidad. Por lo tanto, el que duerme, el discapacitado y el mismo feo que tienen esta capacidad, son personas.

Necesariamente, la falta de manifestaciones racionales, no implica que no sea persona.

5. LA CULTURA DE LA VIDA

Creo oportuno presentar una síntesis de un "nuevo" (si podemos llamarlo así) tema surgido en la teología

católica a partir, especialmente, de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. Me refiero al tema de la Cultura de la Vida y la Cultura de la Muerte.

El punto 95 de *Evangelium Vitae* comienza con la cita de Efesios 5,8: "Vivid como hijos de la luz". Si recorremos todo ese capítulo 5 de Efesios, encontraremos una serie de consejos para "seguir el camino del amor, a ejemplo de Cristo" (v. 2), como el que dice que "ya que son santos, no se hable de inmoralidad sexual, de codicia o de cualquier cosa fea... nada de todo eso les conviene sino, más bien, dar gracias a Dios" (vs. 3-4). Incluso la misma Encíclica, al comenzar el número 95, cita expresamente: "... Examinad qué es lo que agrada al Señor y no participéis en las obras infructuosas de las tinieblas" (vs. 10-11)

Todo esto enmarca la afirmación que consagra o instala, definitivamente, dentro del pensamiento católico el tema de la Cultura de la Vida: "En el contexto social actual, marcado por una lucha dramática entre la <Cultura de la Vida> y la <Cultura de la Muerte>, debe madurar un fuerte sentido crítico, capaz de discernir los verdaderos valores y las auténticas exigencias (...) Todos juntos debemos construir una nueva cultura de la vida: nueva para que sea capaz de afrontar y resolver los problemas propios de hoy sobre la vida del hombre; nueva para que sea asumida con una convicción más firme y ac-

tiva para todos los cristianos; nueva para que pueda suscitar un encuentro cultural serio y valiente con todos"¹⁸.

Es bastante evidente el paralelismo entre la contraposición bíblica del mundo de las tinieblas y el mundo de la luz y la Cultura de la Muerte y la Cultura de la Vida. Pero no nos detendremos en ello. Lo que sí quisiéramos reflexionar es lo propiamente específico de la Cultura de la Vida, o sea, rescatar los valores esenciales de la vida cristiana haciendo un llamado a no separar la fe cristiana de las exigencias morales y ciertos comportamientos¹⁹.

Justamente, porque la propuesta es la vida, se busca dar pasos fundamentales positivos y llenos de esperanza. El primer paso a dar es la formación de la conciencia moral, redescubriendo el nexo inseparable entre vida y libertad y entre libertad y verdad²⁰. No hay libertad verdadera donde no se acoge y ama la vida y no hay vida plena sino en la libertad²¹. En muchas estructuras culturales, la segunda parte de la afirmación (no hay vida plena sin la libertad) es bien entendida, se esgrime como principio *sine qua non* y pasa a tomar el lugar primordial, a veces, antecedente a la propia vida. La pregunta para la teología de nues-

tros días es saber por qué o cómo se olvidó o descuidó la primera parte de la afirmación: no hay libertad verdadera donde no se acoge y ama la vida. Aquí se nos presenta un interesante punto de debate.

Por otro lado, "separar la libertad de la verdad objetiva hace imposible fundamentar los derechos de la persona sobre una sólida base racional y pone la premisa para que se afirme en la sociedad el arbitrio ingobernable de los individuos y el totalitarismo del poder público causante de la muerte"²². Es difícil, en nuestros días, hablar de la verdad objetiva sin suscitar sensibilidades y muchas preguntas pero, no por difícil, debemos dejar de buscar la relación de cada uno con el Dios Creador y el lugar que Él ocupa en la cultura de nuestro tiempo y de nuestro pueblo.

San Agustín, en su inmensa actualidad, continúa afirmando que hay dos ciudades y que en una de ellas habita el Hombre que se relaciona con el Dios del Reino, en pleno goce de su libre albedrío, sin por ello perder o menoscabar su dignidad o, menos aún, limitar su vida. La Verdad que nos hace libres, el haber sido llamados amigos y no siervos y la libertad bajo la Gracia de Juan y de Pablo²³,

18 Juan Pablo II: *Evangelium Vitae* 95.

19 Ibid.

20 Cfr. op. cit. 96.

21 Ibid.

22 ibid. Ver especialmente la nota 126.

23 Cfr. Jn 8 y 1 Cor 4

son las "luces" y los lugares de "vida" para poder elaborar y reelaborar los pasos que exige nuestro tiempo y nuestra gente para poder gozar de la vida humana y de su sexualidad.

Vittorino Grossi, en un interesantísimo artículo que comienzo a utilizar aquí²⁴, nos muestra cómo Agustín desarrolla el concepto de ausencia de Dios como muerte del alma. "De hecho, el alma que no vive de Dios, no pudiendo tener la vida sin Él (civ. 21 3,1), está destinada a morir (civ. 13,2). Se encuentran signos de esto en la rebelión del cuerpo (civ. 13,13), que el alma no sólo no logra dominar (civ. 19,25), si no que cede a sus mismos estímulos (civ. 1,25; 19 4,4) A la vida del alma, que es Dios, Agustín la llama "gracia" y la coloca en relación directa con la misma vida del alma. No estamos aún de frente a la relación antropológica de la gracia y el libre albedrío / libertad que encontraremos en las obras de los años 426/427 (*De gratia et libero arbitrio* y *De correptione et gratia*)"²⁵, pero se vislumbran los principios que madurarán más tarde.

"Es esencial, pues, que el hombre reconozca la evidencia original de su condición de criatura, que recibe de Dios el ser y la vida como don y tarea. Sólo admitiendo esta dependencia innata en

su ser, el hombre puede desarrollar plenamente su libertad y su vida y, al mismo tiempo, respetar, en profundidad, la vida y la libertad de las demás personas"²⁶.

El tema de la libertad y la formación de la conciencia nos abre a uno de los puntos de conflicto fuerte de la teología -teología moral especialmente- del posconcilio y de nuestros días. A veces surgen temores frente a la posibilidad de la mala formación de la conciencia, del relativismo reinante y del subjetivismo a ultranza. Pero, lejos de crear temores, la invitación de la teología del Magisterio es a vincular la conciencia con un proceso educativo antropológico cercano a la verdad, respetuoso de la vida y de las justas relaciones interpersonales. Al educar en el valor de la vida desde sus mismas raíces, se hace imprescindible ayudar (especialmente a los jóvenes) a comprender y vivir la sexualidad, el amor y toda la existencia según su verdadero significado y en su íntima correlación²⁷. La sexualidad no puede ser analizada desde sus vertientes específicas (genéticas, morfológicas, genitales, psicológicas, sociológicas, sensibles, etc.) sin una visión integradora y unificante. La verdadera problemática sexual es la problemática de la unicidad del Hombre, de su proyecto de amor a Dios y amor al prójimo.

24 Grossi, Vittorino: *L'apporto del De civitate Dei all'antropologia agostiniana en Il De Civitate Dei. L'opera, le interpretazioni, l'influsso*. Ed. Herder, Roma (1996) 271-292.

25 Op. cit. 286

26 Juan Pablo II: op. cit., 96

27 Cfr. Op. cit. 97

mo y del dominio o ejercicio de su libertad y de sus opciones, que sólo serán plenas y válidas en la medida que partan, se identifiquen y transformen en el Cristo de la Historia, de Ayer, de Hoy y de Siempre.

6. SEXUALIDAD DE LA VIDA HUMANA. ANTROPOLOGÍA AGUSTINIANA.

Quisiera comenzar este apartado retomando el artículo de Vittorino Grossi al cual hice referencia más arriba, presentando una síntesis libre de su propuesta. Allí Grossi, nos dice que en el *De civitate Dei*, encontramos dos elementos fundamentales de la antropología agustiniana:

a) el cuerpo, como elemento constitutivo del hombre en su unidad alma-cuerpo, y

b) la correlación del libre albedrío / libertad con la gracia de Dios y la gracia de Cristo.

Agustín, después de su conversión, debe confrontarse con las concepciones antropológicas maniqueas y neoplatónicas. En relación a la primera, debía permanecer en una especie de círculo donde el cuerpo (mal) y el alma-espíritu (bien) se contraponían permanentemente. En relación a la segunda, debía eliminar uno de los dos elementos (cuerpo - materia; alma - espíritu) Desde la Iglesia Católica, fue madurando gradualmente la concepción positiva de lo somático en lo humano. En San Agustín esta gradualidad se puede ir

descubriendo en tres etapas dentro del tiempo y sus escritos, que podemos sistematizar de la siguiente forma:

- a. antes del episcopado (386-396): o sea, de su conversión a su ordenación episcopal: *el hombre como alma*
 - b. los años después del episcopado (396-427): *la encarnación del Verbo, principio hermenéutico de la antropología*
 - c. los últimos tres años de su vida (427-430): *el hombre como "libertad relacionada", libero arbitrio / libertad y gracia.*
-
- a. 386-396: en el *De vera religione* (390) Agustín presenta una antropología concentrada en el alma como parte esencial o central del hombre y el cuerpo, en cambio, es como su posesión y no su constitutivo. Alejándose progresivamente de las tesis neoplatónicas, en el *De doctrina cristiana* se llegará a la concepción del cuerpo como constitutivo del hombre. Poco a poco, Agustín adquiere la concepción de la naturaleza concreta históricamente existente en el hombre, que se identifica con el "sensible corruptible", herencia de nuestros progenitores, a causa del pecado original.
 - b. 396-427: en las *Confesiones*, Agustín madura el principio de

unitariedad del *compuesto humano* (10 6,9), misterio profundo (4 14,22), comprendiéndolo como dos entidades diversas (10 14,21), una exterior y otra interior (10 6,9), en un único ser (5 10,18) en el cual el cuerpo, aunque subordinado al alma, vive del alma (10 9,10 y 20,29) El alma ya no es la *optima pars*, sino que es parte sustancial junto al cuerpo (10 6,9-10) Agustín se encuentra, en este periodo, tratando de organizar la visión de lo temporal a la luz de la encarnación del Verbo: "no podía ni imaginar, el misterio encerrado en aquellas palabras: 'El Verbo se hizo carne' "(7 19,25) La lectura de la Escritura -y, especialmente, de Pablo- lo lleva a redefinir su entera visión produciendo un cambio cultural inimaginable: todo se define por el Verbo Encarnado. Amar al prójimo significará amar su cuerpo y su alma, por lo que las relaciones humanas tendrán un fuerte sentido positivo, ya que se regulan por la ley del amor (tanto para el alma como para el cuerpo) La propia benevolencia y obra de Dios se median a través del cuerpo. El amor al prójimo, incluyendo las relaciones heterosexuales, implica, por ley natural, cuerpo y alma. (*De doct. chr.* 1, 26,27 y 28,29) Estamos de frente a una conclusión ontológica y ética de Agustín,

que afecta a todos y no sólo a los creyentes, beneficiarios de la revelación divina.

- c. 427-430: la maduración de Agustín sobre la bondad del cuerpo fue paralela a la maduración y comprensión que hizo sobre el libre albedrío / libertad: no es el cuerpo el elemento negativo, raíz del mal, sino más bien la libre voluntad del hombre (el problema del *unde malum*). Sobre este proceso paralelo de maduración, también podemos descubrir tres pasos o momentos: adquisición de la libertad ética, la libertad relacionada con la gracia en el actuar y la libertad relacionada con la gracia a nivel antropológico.

Agustín aborda la libertad en conexión con el problema del *unde malum* (o sea, si el mal nace o no de la libertad del hombre y si el hombre nace libre) y cómo el libre albedrío / libertad se puede liberar del mal que se ha convertido en originario de todo ser que nace y que, gracias a la Gracia, puede recuperar su posibilidad de libertad. La libertad para ser tal, necesita del humus divino, ya que está impedida por la *infirmity*, *ignorantia* y *difficultas* a causa del primer pecado de la humanidad. La posibilidad de recuperación viene dada por la *gratia Christi*, que es la

vida del alma, imagen de Dios, posibilidad de autodeterminación del hombre. La libertad y la gracia permitirán al hombre vivir una voluntad positiva para creer bien, y el libero arbitrio para vivir bien (civ. 5 10,2)²⁸

Queda claro por qué, desde los días de Agustín hasta los nuestros, se le critica una visión pesimista o negativa sobre la sexualidad. La razón es la de una lectura parcial de sus obras, la búsqueda de respuestas sobre la sexualidad de forma puntual a aspectos específicos (enseguida hablaremos de la concupiscencia de la carne) y sin inscribir su pensamiento en la cristología que empapa toda su antropología dando unidad y profunda relación a los principios vitales del Hombre. El cuerpo participa del ser del Hombre, tanto a nivel epistemológico como ontológico, su principio vital es el alma y el principio vital del alma, es Dios. Este concatenamiento es una de las grandes intuiciones del Obispo de Hipona, que da forma y madurez a su antropología donde el libero arbitrio / libertad del Hombre están en correlación con la gracia de Dios ²⁹.

Gran parte de la problemática sexual y de 'gender' de nuestros días se de-

be a la falta de una antropología integradora, radicada en la gracia de Cristo, ya que se pretende una antropología autónoma, radicada en los sentimientos y tendencias del ser humano entendido más como individuo que como persona. Agustín nos muestra cómo, partiendo de estructuras de pensamiento muy fuertes y dominantes de su tiempo (realidad cultural imperante, maniqueísmo, neoplatonismo), elabora progresivamente, por medio de la iluminación de la Escritura, un camino y una teoría donde el Hombre y su sexualidad respetan su unidad y pueden gozar de plena libertad en el ser y en el obrar.

La propuesta católica de la Cultura de la Vida, toma esta estructura y camino. Se basa en el Evangelio de la Vida, que nos libera de los esquemas culturales globalizados presentados como universales y que, en realidad, muchas veces, son esquemas culturales locales, comunicados masivamente, sin "traducción cultural" y sin proceso de inculturación. Por ejemplo, el enfrentamiento de los grupos de pensamiento opuestos "pro life" y "pro choice", tan determinante para ciertas realidades culturales como la de los Estados Unidos y muchos otros países del Norte, pretende ser impuesto

28 Cfr. Grossi, Vitorino: op. cit. 272-291. Este iluminador artículo está lleno de notas precisas y concretas a las que se les debe prestar especial atención. Esta es una síntesis libre y con traducción propia.

29 Cfr. op. cit. 292.

como única posibilidad real para asumir la sexualidad y la transmisión de la vida en los países latinoamericanos. Este plan equivocado, además de interferir en los procesos culturales de cada pueblo, de plantear soluciones que no funcionan de la misma manera en las diferentes latitudes (Ej.: uso y aceptación del preservativo), de trasladar esquemas de abordaje de los problemas que obedecen a estructuras de pensamiento diferentes; está llamado al fracaso por no tomar un fundamento antropológico cristiano y tomar, en cambio, un fundamento jurídico anglosajón: no se mueve en el campo del Hombre en su relación con Dios y, desde allí, con el resto de la humanidad, sino en el campo del Hombre en relación a sus derechos y, por medio de ellos, en relación con el resto de la sociedad.

Esto no es un juicio de valor a las personas comprometidas con esta forma de pensar, sino una reflexión crítica sobre el por qué de situaciones que dividen a la sociedad a raíz, justamente, de la vida humana. Creo que la cuestión está en el principio antropológico elegido. Uno es un principio más de hecho, el otro, en cambio, de derecho.

7. EL TEMA DE LA CONCUPISCENCIA

Pero, en materia de sexualidad, las controversias no son de hoy. Acabamos de ver el progresivo e intenso camino de Agustín para llegar a afirmar la bondad de la vida del Hombre en todas sus dimensiones, incluso la sexual. Y es, justamente, al Obispo de Hipona al que se lo acusa de todas las dificultades y malos entendidos que el pensamiento católico pudo haber acarreado a través de los siglos.

Uno de los lugares recurrentes de estas críticas es la inmediata asociación de los conceptos sexualidad y pecado. Asociación que, según muchos de los críticos, se debe al tema de la "*concupiscentia*", que provocaría que cualquier experiencia de deseo sexual sea un pecado³⁰.

En los escritos de Agustín, encontramos diversas formas de *concupiscentia*. Una primera forma es la *concupiscentia bona*: se refiere a nuestros deseos por las cosas del Espíritu, apunta a las cosas que vienen de Dios, nos impulsa a vivir una vida *propter Deum*. Incluso, haciendo referencia a específicos textos bíblicos, se la podría llamar *concupiscentia spiritus* (Gal 5, 17b) o *concupiscentia sapientia* (Sab 6,21)³¹

30 Pagels, E.: *Adam, Eve and the Serpent*. Random House, New York (1988) 111. Por nombrar sólo un autor, ya que serían muchos y variados.

31 Lamberigts, Mathijs: *A Critical Evaluation of Critiques of Augustine's View of Sexuality* en Dodaro, R.; Lawless, G.; Eds.: *Augustine and His Critics. Essays in Honour of Gerald Bonner*. Routledge, London and New York (2000) 179.

Una segunda forma es la *concupiscentia naturalis*, que Agustín elabora en relación a la búsqueda de la felicidad (c. *lul. imp.* 4, 67), como el deseo natural de casarse que no tiene nada de malo, ya que está orientado a la procreación y en plena sintonía con el mandato de Dios en Gen 1, 28. El deseo de tener un hijo es un deseo legítimo, honorable, similar al deseo de tener buena salud o de educar a los niños (*nupt. et conc.* 2, 17)³² De todas formas, no hay que confundir el deseo de tener un hijo con el derecho a tenerlo. Nadie tiene un "derecho" sobre la vida de otro. Todo lo más, los esposos tienen el derecho a realizar las acciones propias de la vida conyugal para tener hijos, pero esto no significa que tengan un derecho absoluto a ser fértiles y fecundos o a sustituir estas funciones a cualquier costo y sin valoración ética; menos aún, tienen derecho absoluto sobre la vida de los hijos nacidos o por nacer.

Una tercera forma (la más citada) es la *concupiscentia carnis* o, simplemente, *concupiscentia* (por el contexto en el que la utiliza San Agustín, es evidente que se refiere a la de la carne), algo que lleva en sí misma una carga negativa. El mismo Agustín se encargará de darle este sentido cuando afirma que todo deseo de la carne contrario al espíritu, como el de tomar venganza, acumu-

lar dinero, hacer la propia voluntad o desear fama, pueden ser aspectos de la *concupiscentia carnis*³³ Sería muy largo recordar los variados pasajes de la Escritura (Viejo y Nuevo Testamento) donde Agustín se inspira. Baste recordar: Ex 20, 17; Dt 5, 21; Prov 21, 25; Mt 5, 28; Rom 1, 24; Gal 5, 24; entre otros.

Por lo dicho -y como lo hace notar Nello Cipriani³⁴- cuando Agustín habla de *concupiscentia carnis* no se está refiriendo a la sexualidad *in se*, sino a un aspecto de la antinomia (paulina) entre carne y espíritu, que abarca a toda la persona y que es una experiencia total (c. *lul. imp.* 4, 69; 5, 28). La revuelta de la carne, el deseo o capricho personal son indicaciones de que, después de la caída original, el autocontrol a causa de los deseos muchas veces desordenados, no es tarea fácil. Tal vez la mejor traducción para *concupiscentia carnis* en Agustín, sea "deseo pecaminoso"³⁵.

Para el Obispo de Hipona, es evidente que la persona que hace uso apropiado del deseo sexual en el matrimonio no es culpable, ya que la persona que sigue la recta intención, debida a la razón, es inocente. Pero es también evidente que la persona que pretende satisfacer sus deseos sexuales por medio del adulterio es culpable de pecado, ya que rehúsa hacer aquello de lo que es capaz de hacer: decir no a sus impulsos sexuales

32 Cfr. op. cit. 179-180.

33 Cfr. op. cit. 180.

34 Cipriani, N.: *Una teoria neoplatonica alla base dell'etica sessuale di S. Agostino* en *Augustinianum* 14 (1974) 351-361.

35 Cfr. Lamberigts, Mathijs: op. cit. 181.

(c. lul. imp. 4, 39; 5, 60) A pesar de estos instintos y estas caídas, la libertad sigue siendo una realidad posible y capaz de ser actualizada por medio de la Gracia de Dios. Agustín nunca tuvo la intención de quitarle responsabilidad moral al Hombre, a pesar de que éste no tenga ya la *libertas bonis* que poseyó alguna vez Adán. La persona tiene una real libertad (c. lul. imp. 6, 11) que se actualiza por medio del libero arbitrio, que le es innata y que no puede perder: es la base de la felicidad del Hombre³⁶.

Si la *concupiscentia carnis* es entonces, un impulso desordenado que nos incita a pecar, hay que tener en cuenta que cuando la persona se resiste y lucha contra ella, nunca peca. Una cosa es un deseo impulsivo y otra cosa es un deseo consentido. Sin duda, la Gracia tiene un importante rol a cumplir en la liberación y bienaventuranza del Hombre. La persona creyente ayudada por la Gracia, puede trascender la *concupiscentia carnis* y progresar diariamente en su lucha contra ella³⁷.

No olvidemos que el proceso de conversión de Agustín, en el cual debió luchar contra el fenómeno de la *concupiscentia carnis*, lo llevó a renunciar a

su vida sexual activa que había vivido por casi treinta años. Cuando en las *Confesiones* relata el momento de su conversión recuerda la lectura de Rom 13, 13 como palabra decisiva en ella.

El se refiere a este deseo sexual desordenado (*concupiscentia carnis*) como una enfermedad (Conf. 2,2 ; 8.7.17; 8.12.29) que crea un conflicto interior, por el cual la persona es capaz de controlar su cuerpo, pero no a sí mismo. Esta enfermedad es curada con la voluntad del Hombre pero con la ayuda del Don y la Gracia de Dios que fortalece la voluntad para elegir el bien y ejercer el padronazgo de uno mismo³⁸.

Aunque pueda sonar algo impactante en nuestros días escuchar decir que el deseo sexual es una enfermedad, debemos hacer notar que no se debe cometer el error histórico de confundir el deseo sexual, que es bueno y que así lo considera Agustín, con la *concupiscentia carnis* (como estamos demostrando), que lleva al pecado, el cual necesita ser curado como lo necesita una enfermedad. Además, si somos sinceros –y dejando, por un momento, la dimensión teológica de la Salvación–, debemos admitir que justamente en nues-

36 Cfr. op. cit. 184.

37 Cfr. op. cit. 185 – 187. Este artículo de Lamberigts que he seguido, es muy interesante y riquísimo en notas precisas: 109 notas en un artículo de 10 páginas.

38 Conf. 8, 11; 10.29.40; c. lul. 6,55

tros días han aparecido, por primera vez en la historia, clínicas y programas (incluso con internaciones severas) para atender la adicción sexual.

El "sexadicto" es tratado como una persona dependiente, incapaz de ejercer su libertad, al menos en este aspecto, al punto de llevarlo a comportarse de forma autolesionante y peligrosa para las personas de su entorno. Muchos de los llamados "molestadores sexuales" (sex offender) sufren este tipo de enfermedad y son condenados y censurados por la sociedad en sí misma y por medio del camino judicial. Muchas veces, estas condenas son gravísimas y rígidas, al mismo tiempo que un poco contradictorias (tal vez, por la judicialización de las relaciones sociales), ya que se trata al "molestador sexual" como un delincuente y no como un enfermo. Se lo condena civil y penalmente. Se le obliga, sí, a tratamientos y terapias, pero sin quitarle la condena. Incluso en algunas jurisdicciones se ha establecido como parte de la pena, colocar un cartel notorio al frente de su domicilio indicando su condición de "molestador sexual". Esto no sucede con ningún otro tipo de delito (incluso los de lesa humanidad) o enfermedad y la sociedad no lo utilizaba desde la dis-

criminación de los leprosos, la época de las epidemias o las dictaduras raciales.

8. EL TEMA DEL ABORTO³⁹

Dentro del deseo sexual ordenado, se encuentran las relaciones sexuales realizadas en el matrimonio. Para Agustín, como para muchos pensadores de su tiempo, este era el ámbito propio de la sexualidad y nadie criticó esta postura suya. Los actos sexuales en el matrimonio son buenos, no sólo porque "buscan la procreación... sino porque, incluso, buscando sólo el placer de la carne, que comporta un pecado venial... no se realizan con deseo malvado ni con una acción malvada" (*De nupt. et concup.* 1,15,17)

Dentro del marco de la procreación y de su rechazo, la doctrina agustiniana se preocupa más del bautismo del feto que de la propia vida física del mismo. Agustín temía por la condenación de tantos inocentes, debido a la doctrina del pecado original. Cuando Juliano de Eclana lo llama (más de una vez) asesino de niños (*C. Iul.* 5, 43), el Obispo de Hipona reacciona con fuerte vehemencia, lo que sugiere que la acusación le resultaba irritante por lo injusta. El tema de

39 Quiero agradecer de forma muy especial a Allan Fitzgerald por su guía y orientación, especialmente para esta parte de mi presentación. Al mismo tiempo, quiero destacar su generosidad, al facilitarme material de la versión en español de su Enciclopedia Agustín a través de los tiempos, incluso antes de ser publicada. Quiero aclarar aquí que, debido a que al momento de escribir este trabajo aún no está disponible, la cita del artículo sobre el aborto la hago de forma incompleta.

su tiempo no era tanto discutir sobre el matar o no la vida del feto, y mucho menos el derecho al aborto, sino la salvación de cada una de las vidas humanas, desde que eran tales.

En general, la condena del aborto estaba dirigida a los paganos, sin embargo, a medida que los paganos se iban convirtiendo al cristianismo, que las culturas de los pueblos se entrecruzaban y que la caída de Roma se acercaba, fue apareciendo el problema del aborto dentro de la comunidad cristiana. Comenzó, principalmente, cuando una vida humana era el fruto de una violación o un adulterio, pero pronto pasó a considerarse como una posibilidad de sistema de control de la natalidad, lo mismo que el recurso a algún tipo de esterilización. Agustín compara ambas prácticas como violatorias del pacto matrimonial y califica a los esposos, siempre en el texto antes citado, como "no casados", llamando a ella "prostituta del marido" y "al esposo, adúltero de la mujer" (ibid.)⁴⁰

Pero, es conocido (y lo era en el tiempo de Agustín) que incluso muchos esposos rechazan el nacimiento de sus hijos y la educación de esos hijos no queridos, al punto de cometer acciones y actos verdaderamente horribles a causa de la "tenebrosa iniquidad que los hace crueles" (*De nupt. et concup.* 1,15,17) Es-

ta "cruel voluntad los empuja hasta el punto de procurarse sustancias anticonceptivas y, en caso de fracaso, a matar de alguna manera dentro del útero a los fetos concebidos y evacuarlos, queriendo que el propio hijo muera antes de vivir o, en el caso que ya viviese en el útero, a que sea asesinado antes de nacer" (ibid.) Agustín denominaba "obra malvada" el uso de medios para evitar el nacimiento de una criatura: una referencia al aborto, a la contracepción o a ambos (*b. conjg.* 5.5)

Como dice John C. Bauerschmidt, Agustín desaprobaba el aborto tanto del feto vivificado como del feto no vivificado, pero distinguía entre ambos casos. El feto no vivificado moría antes de llegar a vivir, mientras que el feto vivificado moría antes de nacer (*nupt. et conc.* 1.15.17) Refiriéndose al libro del Éxodo 21,22-23, Agustín señalaba que el aborto de un feto no formado no se consideraba homicidio, porque no se podía afirmar que el alma se encontrara ya presente (*qu.* 2.80) Agustín admitía la distinción entre fetos "formados" y "no formados", que aparece en la Versión de los Setenta de Éxodo 21,22-23. Mientras que el texto hebreo disponía que se pagara una compensación en el caso de que un hombre golpeará a una mujer encinta haciéndola abortar y disponía el

40 Cfr. Bochaty, Alberto: op. Cit. 28.

castigo que debía aplicarse si se causaban otros daños, la Versión de los Setenta tradujo "daño" por "forma", introduciendo una distinción entre el feto "formado" y el feto "no formado". El error de traducción tenía su raíz en una distinción aristotélica entre el feto antes y después de su supuesta "vivificación" (a los cuarenta días para los varones, a los noventa días para las hembras) Con arreglo a la Versión de los Setenta, el aborto de un feto no vivificado acarreaba la imposición de una multa al agresor; pero si el feto estaba vivificado, entonces el castigo era la pena capital⁴¹.

En el tratado *Contra Iulianum* 6, 14, 43, San Agustín hace alguna clarificación sobre el status del feto. Afirma que los cristianos nunca han considerado al feto como parte de la madre, incluso cuando está en el vientre materno. Utiliza un argumento pastoral que hoy podría provocarnos una sonrisa, pero que es válido y revestía especial importancia para él: se refiere a la práctica del bautismo intrauterino, haciendo de una práctica pastoral argumento teológico. La justificación es la siguiente: si lo concebido fuera parte de la madre, no se bautizaría al niño mientras la madre lo lleva en su vientre, si ella ya está bauti-

zada. Pero la práctica es bautizar a esos niños, sin que se considere un segundo bautismo de la madre. Y, esto es así, porque cuando un niño es concebido, se lo considera un hijo de Adán y sujeto de pecado original.

En *De civitate Dei* 22, 13, 14, se pregunta sobre la resurrección de los fetos abortados. A pesar de algunas dudas, siempre referidas, principalmente, al momento del inicio de la vida, no ve razón por la que un feto sea exceptuado de la resurrección, si es verdad que todo el que ha muerto resucitará.

En *Echiridion* 85 y 86, toca, una vez más, el tema sobre el feto formado y no formado. Sobre la resurrección del feto formado, no presenta interrogante; pero sobre el feto no formado, se inclina a pensar que su muerte es como la del semen derramado que no llegó a concebir. No se plantea tanto si la no resurrección es por falta de alma, sino que no ve cómo pueda participar de la "resurrección de la carne" quien no ha llegado a tenerla⁴².

La preocupación sobre la cuestión de la resurrección del feto arroja alguna luz sobre las ideas agustinianas sobre el aborto. En este caso, se refirió también a la distinción entre el feto formado y el

41 Bauerschmidt, John: *Aborto en Fitzgerald*, Allan Ed.: *Agustín a través de los tiempos*. Editorial Monte Carmelo, Buenos (2001). Ver nota 39 de este trabajo.

42 Cfr. Bochatey, Alberto: op. cit. 28-29.

feto no formado. Aunque reconocía que era posible que el feto no formado pereciese como una semilla, era también posible que, en la resurrección, Dios supliera lo que faltaba al feto no formado, de la misma manera, exactamente, que Dios iba a renovar todo lo que se hallaba defectuoso en un adulto. Esta idea, hacía notar Agustín, pocos se atreverán a negarla, aunque pocos se atreverán a afirmarla (ench. 33.85) En otro lugar, Agustín no afirmaría ni negaría si el feto abortado habría de resucitar o no aunque, si éste no debía excluirse del número de los muertos, él no veía razón para que quedara excluido de la resurrección (civ. Dei 22.13)⁴³.

Si bien es cierto, como estamos diciendo, que San Agustín encuentra dificultades para identificar el momento de la concepción con el momento de la "animación" (dificultad de todos los pensadores de su tiempo debido, sobre todo, a la fuerte influencia de la teoría aristotélica de la "formación y el movimiento" del feto como signo de vida y, por lo tanto, de alma), él no cierra la posibilidad de que la "animación" sea inmediata.

A tal punto esto es así que, cuando Graciano, hacia el 1140, presenta su tesis en la que identifica el momento de la formación con el momento de la "ani-

mación", cita estos textos agustinianos, junto con uno del Ambrosiaster⁴⁴.

Sin duda, todo lo dicho encuentra un reflejo llamativamente comparable a la discusión de nuestros días. La cultura ya no es cristiana y esto nos lleva a nuevas argumentaciones sobre las razones sociales y culturales que justificarían el aborto. Nos falta sí, una mayor preocupación sobre la salvación o condenación de los seres humanos en estado fetal y esto se debe, posiblemente, a la falta de perspectiva teológica y cristológica sobre nuestras situaciones. Agustín, claramente, nos lanzaría el desafío teológico de la Salvación y nos indicaría una propuesta más evangélica y eclesial y menos subjetiva e individual.

9. 'GENDER'

Muy brevemente, quisiera enunciar algunos presupuestos sobre esta nueva realidad en el campo de la sexualidad con el fin de que sean simples disparadores para el diálogo grupal de estos días.

El tema del 'gender' se ha impuesto de una forma llamativamente rápida, al punto que no ha dado tiempo para una profunda reflexión teológica sobre el mismo. No digo que no haya mucho material

43 Cfr. Bauerschmidt, John: op. cit. Ver nota 39 de este trabajo.

44 Cfr. Connery, J.: *Abortion: The Development of The Roman Catholic Perspective*. Loyola University Press, Chicago (1977) 55-61.

escrito (especialmente en inglés) desde la perspectiva del 'gender', sino que no hemos podido establecer unívocamente, incluso con algunos ejercicios hermenéuticos, qué significa⁴⁵.

Sin duda, la traducción al español del término 'gender' sería 'género' y así lo hacen varios autores y, sobre todo, los documentos de las Naciones Unidas. Pero, abriendo el debate, quiero afirmar que yo me resisto a esta traducción hasta que lleguemos a un consenso bastante amplio sobre qué queremos decir con 'gender'. El concepto de 'género', referido a lo humano, es milenario, teológico y filosófico. Cuando hablamos de "género humano" todas las culturas, al menos las judeo-cristianas, saben a qué nos referimos. Nos referimos a los seres que pertenecen a la categoría de humanos y no pertenecen a ninguna otra, incluso cuando estén en formación, puedan estar heridos o dañados, deseen o no vivir. Incluso, aquellos que no están de acuerdo con estos contenidos o quieren renovarlos, saben la utilización milenaria que se le ha dado al término "género".

El concepto inglés de 'gender' no niega esto, lo presupone y agrega a es-

te ser del género humano algunas características, opciones y/o inclinaciones en lo referente a su sexualidad y al ejercicio de la misma. De hecho, muchas veces se utiliza como una especie de "apellido" del sexo. Es muy corriente ver escrita la palabra 'sex' junto a la palabra 'gender': 'sex and gender'.

Comprendo que para los de cultura y lengua inglesa estas observaciones, probablemente, no tengan relevancia pero, para los de lengua española (y demás de raíz latina) nos presenta una dificultad que, de no resolverla cuanto antes, corremos el riesgo de alejarnos por el camino de la desconceptualización del término. Soy consciente de que la solución que utilizo temporalmente, es decir, el no traducir el término y el proponer no traducirlo, no es solución sino simplemente una manera de dar tiempo a nuestro debate hermenéutico y lingüístico, sin perder la posibilidad de diálogo y de comunicación con las demás culturas. No se trata de introducir un anglicanismo al español (tema muy sensible para muchos hispanohablantes) sino de utilizar temporalmente un término que, consi-

45 Ver, por ejemplo: Cahill, Lisa: *Sex, Gender & Christian Ethics*. Cambridge University Press, United Kingdom (1999); Symons, Donald: *The Evolution of Human Sexuality*. Oxford University Press, New York and Oxford (1979); Coosey, Paula; Farmer, Sharon; Ross Mary Ellen; Eds.: *Embodied Love: Sensuality and relationship as Feminist Values*. Harper & Row, San Francisco (1987); Butler, Judith: *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge, New York and London (1990); Kosnick, Anthony; Carroll, William; Cunningham, Agnes; Eds.: *Human Sexuality: New Directions in American Catholic Thought. A Study Commissioned by The Catholic Theological Society of America*. Paulist Press, New York-Paramus/Toronto (1977); etc.

dero, no tiene una traducción exacta y precisa.

Volviendo al tema de los documentos de las Naciones Unidas, es importante destacar que uno de los motivos fundamentales de la expansión de la problemática del 'gender' de forma masiva, fueron justamente las distintas "Conferencias" de Naciones Unidas, comenzando con la de El Cairo sobre la mujer, población y salud reproductiva y seguida por las sucesivas. Allí se introdujo el concepto de 'gender' encontrando incluso el problema institucional para su utilización, ya que no existía este término en ningún documento o declaración anterior de la Organización⁴⁶.

Después de largos y acalorados debates -y sin llegar a una argumentación sólida-, sólo se acordó darle a 'gender' una definición institucional sin incluir un verdadero contenido a la palabra sino determinando cuántos 'gender' hay. Allí se dijo que para las Naciones Unidas, cuando se habla de 'gender' se habla de varón, mujer, homosexual varón, homosexual mujer y bisexual. Estas cinco realidades son el 'gender'.

Creo que será una opinión bastante general, al menos, la perplejidad con esta supuesta definición que sólo cuantifica, describe insuficientemente y utili-

za algunos términos que tampoco son universalmente unívocos. Creo que la cuestión del 'gender' necesita todo un debate, a fin de poder producir un cuerpo teológico que, iluminado por el Cristo de la verdad, pueda brindar su apoyo a la persona que se mueve en una sociedad que califica por medio del 'gender' a muchas de sus conductas, preferencias y opciones.

10. OTROS TEMAS

Soy plenamente consciente de que he dejado varios tópicos fundamentales dentro del tema de la **Vida Humana y Sexualidad**. Mi objetivo no es ser aquí exhaustivo, sino plantear algunos puntos con pistas para el futuro diálogo, en la esperanza de que en el trabajo en grupos y habiendo escuchado las comunicaciones, podamos completar y enriquecer esta propuesta.

De todas formas, quisiera indicar como algunos de los principales faltantes, el tema de la relación entre sexualidad y matrimonio, sexualidad y virginidad, sexualidad y corporeidad, inclinaciones y comportamientos contrastantes con la doctrina clásica. Sin duda, también falta profundizar las dificultades del amplio tema de la concupiscencia y la

46 Naciones Unidas, como casi todas las organizaciones internacionales de envergadura, tiene un léxico que podríamos llamar propio o institucional. Éste se establece, muchas veces, por medio de acuerdos políticos o sociales, sin una necesaria justeza lingüística. Este léxico o código es bastante rígido para las traducciones en sus publicaciones.

teología de la salvación, su relación con la cultura de nuestro tiempo y el tema del género.

Tampoco he querido avanzar en la problemática que presentan las vidas producidas por las técnicas de reproducción artificial, descartadas, destruidas, congeladas e, incluso, las transferidas al cuerpo materno, por motivos estadísticos; la extracorporeidad de la vida humana y su manipulación, la justificación ética (o no) de la producción de vidas humanas con fines terapéuticos en terceros, con fines de investigación, de experimentación o de bancalización genética.

Finalmente, quisiera resumir lo propuesto diciendo que, sin duda, San Agustín pensó y se preocupó, a pesar de las críticas y de la cultura dominante de su tiempo, por la unidad de la persona, por su natural relación con Dios y la Salvación que trae el Cristo, "médico del alma", por su dignidad propia, por su corporeidad como constitutivo esencial, por su ser encarnado, por la valoración positiva del cuerpo y de sus acciones, incluso las sexuales, por el don insuperable que tiene el Hombre de ser cooperador de Dios en su obra creadora por medio de la procreación, de la libertad que siempre puede ser ejercida bajo la Gracia, por la responsabilidad para con la verdad que esa misma libertad encierra, por la responsabilidad sobre la vida de los niños que nacen o pueden nacer a partir de las relaciones sexuales de las personas, de la

importancia que cada vida tiene, ya que es heredera no sólo de la culpa original sino, sobre todo, de la Salvación eterna, de lo malvado del aborto y de la apertura a todo aquello que pueda ayudarnos a conocer al Hombre desde el primer instante para poder respetarlo y alabar a Dios por medio de él cuidando su salvación.

"A partir de la comunión intraeclesial, la caridad se abre por su naturaleza al servicio universal, proyectándonos *hacia la práctica de un amor activo y concreto con cada ser humano* (...) Nuestro mundo comienza el nuevo milenio cargado de las contradicciones de un crecimiento económico, cultural, tecnológico (...) Es la hora de una nueva "imaginación de la caridad", que promueva (...) la capacidad de hacerse cercanos y solidarios con el que sufre (...) (Debemos) prestar especial atención a algunos aspectos de la radicalidad evangélica que, a menudo, son menos comprendidos, hasta el punto de hacer impopular la intervención de la Iglesia, pero que no pueden desaparecer de la agenda eclesial de la caridad. Me refiero al deber de comprometerse en la defensa del *respeto a la vida de cada ser humano desde la concepción hasta su ocaso natural*. Del mismo modo, el servicio al hombre nos obliga a proclamar, oportuna e inoportunamente, que cuantos se valen de las *nuevas potencialidades* de la ciencia, especialmente en el terreno de las biotecnologías, nunca han de ignorar las exigencias básicas de la ética, apelando

-tal vez- a una discutible solidaridad que acaba por discriminar entre vida y vida, con el desprecio de la dignidad propia de cada ser humano (...) es importante hacer un gran esfuerzo para explicar adecuadamente (...) que no se trata de imponer a los no creyentes una perspectiva de fe, sino de interpretar y defender los va-

lores radicados en la naturaleza misma del ser humano. La caridad se convertirá, entonces, necesariamente en servicio a la cultura, a la política, a la economía, a la familia, para que, en todas partes, se respeten los principios fundamentales, de los que depende el destino del ser humano y el futuro de la civilización"⁴⁷.

⁴⁷ Juan Pablo II: *Novo Millennio Ineunte* 51 y 52.

BIOÉTICA. LOS DIEZ PRIMEROS AÑOS DE UN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIO LATINOAMERICANO

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Es doctora en medicina, Secretaria de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Magister en Bioética, Universidad de Chile, OPS. Presidente del Consejo Provincial de Bioética (Mendoza). Presidente del Comité de Ética y Jefe de Servicio de Internación Pediátrica N°1 del Hospital H. Notti. Integrante de la Comisión de Bioética y del Comité de Ética de Investigación de la F.C.M, Universidad Nacional de Cuyo. Presidente del Centro Cuyano de Estudios Bioéticos. Es autora de numerosas publicaciones y varios libros, entre ellos, "Bioética-Limitaciones de Tratamiento" y de "Bioética. Experiencia Transdisciplinaria desde un Comité Hospitalario Latinoamericano".

RESUMEN

El presente artículo analiza el funcionamiento del Comité de Ética del Hospital H. Notti de Mendoza durante 10 años, desde su creación en 1989 hasta 1999. Se detallan la composición y funciones consultivas, normativas y docentes del mismo como también el proceso de toma de decisiones con la correspondiente evaluación moral. Asimismo se consideran las dificultades que pueden enfrentar los comités hospitalarios de ética.

PALABRAS CLAVE

COMITÉ DE ÉTICA – PROBLEMAS ÉTICOS – TOMA DE DECISIONES – RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE – BIOÉTICA – TRANSDICIPLINARIEDAD

HIPÓTESIS

La experiencia de un Comité Hospitalario de Ética, de la provincia de Mendoza, República Argentina permite fundamentar la necesidad de proponer objetivos educacionales, contenidos, metodologías y sistemas de evaluación que integren un plan pedagógico que capacite a los docentes universitarios y a los integrantes de los Comités Hospitalarios de Ética.

OBJETIVO GENERAL

Proponer como objetivo comparativo entre el sistema de educación médica y el de atención de la salud un programa para la enseñanza de la Bioética en la Facultad de Ciencias Médicas con distintos niveles de desarrollo, que permita capacitar a los docentes para cumplir en forma adecuada con la introducción de la Bioética en la curricula formativa de grado y al mismo tiempo solucionar una necesidad de la provincia y la región: la formación de los integrantes de los Comités Hospitalarios de Ética.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar estructura, procedimientos y resultados de un Comité de Ética.
- Valorar la repercusión a nivel institucional de un Comité de Ética.
- Proponer un plan pedagógico que capacite a los actuales o futuros integrantes de los Comités de Ética.
- Definir el perfil del integrante del Comité de Ética

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizó el libro de actas del Comité Hospitalario de Ética durante diez años, a partir de su formación el 15 de junio de 1989.

Se ha usado metodología cuanti y cualitativa. Para facilitar la lectura del trabajo se han unido los resultados y la discusión.

"...todo tiempo, rigurosamente hablando, tiene su tarea, su misión, su deber de innovación. Más aún tiempo no es en última verdad el que mide los relojes, sino que tiempo es tarea, misión, innovación."

Ortega y Gasset

INTRODUCCIÓN

Los hombres de todas las épocas, en el devenir diario, enfrentamos problemas prácticos en nuestras relaciones con los demás. Para solucionarlos buscamos normas, elaboramos juicios, actuamos, y en algunas ocasiones, debemos argumentar sobre las razones que nos llevaron a seleccionar una conducta determi-

nada. Esto configura el comportamiento práctico moral del hombre, que existe desde sus orígenes como un ser social y que tiene características distintas según el lugar geográfico y momento histórico que viva. El conocimiento moral tiene varias fuentes. La primera es la familia. La escuela continúa sumando conocimientos a los aportados por nuestros padres, que a su vez los recibieron de los suyos. La religión también nos transmite normas morales, al igual que nuestra formación profesional y en la conciencia se resuelve.

Pero, a la hora de tomar decisiones junto con nuestros pacientes, las normas en que basamos nuestra conducta, aunque contemos con la virtud de la prudencia y los recursos que nos brinda la medicina, son insuficientes para resolver los complejos problemas de tipo ético que se nos plantean cuando nos proponemos brindar la mejor atención posible a este paciente, aquí y ahora.¹

El proceso clínico siempre es un proceso de toma de decisiones. Todas las disciplinas enseñan a identificar los hechos clínicos. Tradicionalmente se consideraba que se tomaba buenas decisiones si se hacía a la vista de los hechos clínicos. Pero hoy para que la decisión clínica sea correcta y de calidad debe integrar a los hechos clínicos, los valores del paciente, del profesional y de la sociedad. La tesis médica clásica hoy ya no sirve.

Los problemas éticos surgen cuando frente a una situación determinada

hay dos o más vías posibles entre las que se puede elegir. La cuestión ética radica en cuál de esas elecciones posibles favorece más a los directamente involucrados si se trata de un caso particular o al género humano en un plano general. O también podríamos decir cuál de ellas respeta más principios éticos.

En la práctica médica ante un síntoma, un síndrome o una enfermedad, el médico tiene que elegir un curso de acción y según cómo haga dicha elección tendrá efectos positivos o negativos. Por lo tanto, la responsabilidad del médico es muy grande desde el punto de vista ético, pues estamos hablando de una elección que puede significar recuperación de la salud, alivio del dolor o no, prevención de recidivas o rehabilitación. Vale decir que en primer lugar uno se propone un objetivo frente a una decisión. La decisión no es algo arbitrario, sino que implica actuar con determinada metodología de modo tal que, por ejemplo, un síntoma desaparezca. Esto se complejiza aún más al participar obligatoriamente el paciente o su representante en la relación terapéutica.

Cuando pretendemos alcanzar un objetivo, el paso inicial consiste en preguntarnos si desde el punto de vista lógico hay o no contradicciones. Si las hubiere, el objetivo no se puede lograr. Así lo señala el principio lógico de no contradicción: una situación no puede ser y no ser simultáneamente. Por consiguiente, lo primero que tenemos que hacer

frente a un objetivo o una toma de decisión es interrogarnos acerca de la estructura lógica de la elección y esto implica pensarlo correctamente desde el punto de vista lógico. Luego debemos analizar si las afirmaciones o composiciones que efectuamos al pensar la elección se contradicen. La contradicción puede surgir no sólo de una oposición directa entre una tesis A y no A sino también de cuestiones deductivas. A veces el objetivo o la elección son complejas y se expresan en muchas frases. Éstas y las deducciones que se pueden realizar a partir de ellas son las que en ocasiones generan contradicción. Un conjunto de decisiones que lleva a contradicción es él mismo contradictorio y en consecuencia impracticable.

Dentro de las posibles elecciones no contradictorias que quedan, todavía existe una gama de posibilidades entre las que hay que escoger. Hay que considerar una segunda dimensión: el conocimiento.

El conocimiento basado en las leyes y teorías científicas nos indica lo que es fácticamente posible llevar a cabo. Una elección puede parecer lógica, no contradictoria y sin embargo imposible de realizar; ya sea porque la terapéutica no está disponible, tiene grandes dificultades técnicas u operativas o simplemente porque los gastos son desproporcionados al beneficio. Vale decir que el conocimiento científico es una dimensión importante (aparte de la lógica) que interviene en la toma de decisiones. Si no hay un marco de conocimiento científico adecuado no se

puede continuar con el proceso de toma de decisión. En este momento entra en juego el tercer factor: el ético. Eliminadas las elecciones u objetivos que la lógica y el conocimiento científico consideran inadmisibles quedan varias posibilidades más, y es recién aquí donde aparece la dimensión ética de las decisiones. El factor ético nos permite valorar y justificar la importancia o la conveniencia de las elecciones restantes.

La reflexión ética nos ayuda a decidir cuál de las elecciones beneficia más al enfermo.

Hay elecciones lógicas, no contradictorias y fácticamente posibles pero condenables desde el punto de vista ético.

Este es un problema de valores y corresponde al tema de la axiología, esa parte de la filosofía que se ocupa de cuál es la naturaleza de los valores y cómo de alguna manera tenemos una responsabilidad hacia ellos.

La ética es también una combinación de conocimientos científicos con problemas filosóficos. Es en parte científica porque no se pueden imponer principios éticos para cuya consecución haya que violentar leyes. En medicina hay cosas que son éticamente elegibles para o por el enfermo pero en su peso valorativo, hay que considerar el conocimiento de las leyes para saber si lo que se está eligiendo es posible de realizar.

La esencia de la ética es la problemática filosófica que indaga en qué consiste lo bueno y lo malo éticamente, qué

es obligatorio, qué está permitido y qué está prohibido y, en general, todo aquello relacionado con el compromiso y el deber.

Llevar a cabo una elección responsable requiere una combinación de lógica, conocimiento y ética. Un médico responsable indaga las tres dimensiones a la hora de tomar decisiones, así lo exige su compromiso profesional.^{2,3}

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En la atención y cuidado de la salud y en la preservación de la vida, pueden aparecer distintos problemas morales. El profesional de la salud diariamente se ve enfrentado con estos problemas y en la necesidad de resolverlos debe tomar decisiones. Los recursos que posee para decidir la elección son sus conocimientos, su moral y sus creencias acerca de la función de la medicina en la sociedad en que está inmersa. La opción que elija el médico siempre traerá consecuencias que afectarán a los pacientes, otros hombres, que pueden poseer una escala de valores distinta de la del profesional. Los problemas éticos se refieren entonces fundamentalmente al tipo de relación médico-paciente que se establezca. Esta relación, que fue hasta hace poco tiempo netamente paternalista, hoy se hace interpersonal, más respetuosa de la autonomía que cobra importan-

cia en el momento de decidir las posibilidades terapéuticas.

Para la resolución de estos problemas se crearon en Estados Unidos los Comités de Ética. Fueron de distinto tipo y surgieron a raíz del consejo jurídico, ante conflictos nuevos en la relación médico-paciente, en casos paradigmáticos y como la mejor opción ante opciones múltiples o divergentes.

Uno de los primeros conflictos surgió en la década del sesenta ante la aparición de la diálisis y los criterios de selección de los pacientes, ya que era imposible dializar a todos. Fue relativamente fácil eliminar a aquellos que padecían otra enfermedad o que presentaban una complicación que empeoraba la enfermedad. Pero ante pacientes con iguales posibilidades se planteaba a cuáles elegir. ¿El que tenía mayor valor social? Recién en 1972, al financiar el gobierno de Estados Unidos la cobertura para todos los renales, se solucionó este dilema.³

En 1968 el Comité ad hoc de la Facultad de Medicina de Harvard publica un informe sobre la definición de muerte cerebral. Se puede considerar como origen de la formación de comités en los hospitales para decidir cuándo se dan las condiciones de muerte encefálica y las indicaciones éticas y legales de interrupción de tratamiento.⁴

En 1963 en el John Hopkins Hospital de Batimore muere un niño con síndrome de Down y atresia duodenal ante la negativa de sus padres a que sea

operado. Esta situación originó gran discusión a nivel público y puede considerarse como el primer caso pediátrico que tuvo tal trascendencia.⁵

En el Hennepin County Medical Center (Minneapolis) se formó en 1971 el Thanatology Committee para decidir acerca de problemas médicos, éticos y legales en el tratamiento de enfermos terminales.

En 1976 el conocido caso de Karen Ann Quinlan planteó otra larga discusión ética. El 21 de mayo de 1976, por expresa disposición de sus padres y luego de un juicio sin precedentes, basado en "el derecho a morir con dignidad", le retiraban el respirador artificial a Karen. Pero ella murió el 11 de junio de 1985, casi diez años después. Se había enfermado a los 20 años por causas no establecidas. En medio de una reunión comenzó a dar tumbos y terminó desplomándose. Se dijo que mezcló drogas y alcohol y que al caer su cabeza golpeó en una escalera. Las autoridades supusieron que la causa del colapso fue combinar gin con sedantes. Lo cierto fue que sin medicamentos y sin respirador artificial siguió viviendo en estado vegetativo crónico. Sólo parpadeaba y, según sus familiares, tenía una actitud de escuchar sin comprender.

La decisión de los padres adoptivos de Karen, aprobada por la Corte Suprema de New Jersey, de retirarle el respirador artificial, desató las más diversas opiniones y desde distintos ángulos: penal, moral, religioso y ético. En todos los

debates el denominador común era el derecho a la vida.

Karen ingresó a la Clínica Santa Clara en estado de coma. Los cuidados médicos no lograron evitar la atrofia de sus miembros, y el doctor Morse – a cargo de su atención – diagnosticó que sobreviviría en estado vegetativo crónico, desalentando toda esperanza de recuperación. Sus movimientos eran apenas instintivos.

A los pocos días, sus padres autorizan a los médicos a "dejar de emplear medidas extraordinarias, incluido el respirador, para prolongar la vida de Karen", haciéndose responsables de lo que pudiera pasar. Se inició entonces la batalla legal. En septiembre de 1971, un tribunal la declaró mentalmente incapacitada y autorizó desconectar el respirador. La medida fue objetada y posteriormente apelada, hasta que el 31 de marzo de 1976, finalmente, se autorizó a desconectar el aparato.

La conclusión del fallo afirmaba que si el guarda de la persona de Karen, vale decir su padre adoptivo Joseph Quinlan, la familia y los médicos a cargo, concluían que no había ninguna posibilidad razonable de que Karen pasara del estado de coma al estado cognitivo y que por tanto el respirador debía ser retirado, debía entonces consultarse con el Comité de Ética del Hospital o algún organismo semejante de la institución en donde estaba internada la paciente y en el caso que dicho comité coincidiera con

las conclusiones de la familia y los médicos el respirador podía ser retirado sin que pesara cargo civil o penal alguno sobre los sujetos involucrados.

En esta sentencia se reconocía que debía haber un camino para que los médicos, libremente y sin conflictos de intereses propios o de auto-defensa, pudieran considerar el bienestar de sus pacientes moribundos y citaban el trabajo de la pediatra Karen Teen que proponía la creación de comités hospitalarios de ética, de composición interdisciplinaria, con la participación de miembros ajenos a la institución, discusión de otras decisiones además de tratar o no y justificación ética en los casos de los pacientes incompetentes.⁶

De este modo nace en la Morris View Nursing Home, de New Jersey, en el año 1976 el primer comité hospitalario de ética. Estaba compuesto por dos representantes del clero, el director sanitario, un asistente social, un médico que no trataba a Karen y el representante legal propio.

Su muerte, sin embargo llegó en junio de 1985 como consecuencia de una neumonía contraída pocos días antes. Pesaba sólo 30 kilos.

Robert Veach publicó en 1977 su célebre artículo en el que planteaba, a propósito del paradigmático caso de Karen, que si la ciencia médica se ocupaba de los hechos y la ética de los valores, el por qué de que un comité tuviera que analizar hechos y el por qué de la cons-

titución del comité con miembros ajenos a la profesión sanitaria.

La genial propuesta del Tribunal de New Jersey fue casi intuitiva y sentó una de las bases más firmes para los comités: ante un conflicto de valores es imprescindible conocer los hechos subyacentes. Era imprescindible la determinación de la irreversibilidad del proceso y por lo tanto la imposibilidad de la recuperación para determinar la corrección o no de la suspensión de la asistencia respiratoria.⁷

Estos hechos tuvieron amplia difusión, motivaron la reflexión y búsqueda de soluciones. Una de las respuestas fue, en Estados Unidos, la creación de la Comisión Presidencial en 1980, con la consigna de ocuparse "de los problemas éticos en medicina, en investigación ética y en comportamiento humano".

El 9 de abril de 1982 nace en Bloomington, Indiana, el bebé Doe, con síndrome de Down y atresia de esófago con fístula traqueoesofágica. Era imprescindible una intervención quirúrgica para corregir la malformación esofágica que le impedía alimentarse. Los padres se negaban a la operación argumentando que no tenían buena calidad de vida. El caso se presentó en los tribunales y a los cinco días los jueces fallaron en favor de los padres. Al día siguiente se apeló la resolución ante el Tribunal Supremo, pero el niño murió ese mismo día.^{8,9}

Este caso produjo una reacción adversa en la opinión pública que llegó

al Congreso un mes más tarde, donde se presentó un proyecto de Ley de Protección a Niños Discapacitados.

Un año más tarde, el 11 de octubre de 1983, nació el bebé Jane Doe en Smithtown, Nueva York, con mielomeningocele y espina bífida, y pocas posibilidades de recuperación y, de lograrlo, con muy mala calidad de vida. Los padres prefirieron que no se operara inmediatamente y algunos médicos denegaron el tratamiento sobre la base de su discapacidad. Un abogado denunció al hospital para forzar la intervención del mielomeningocele. Los jueces fallaron en favor de los padres que razonablemente habían aceptado la colocación de una válvula de derivación para reducir la hidrocefalia. Cuando la niña tenía seis meses fue dada de alta y trasladada por sus padres a su domicilio.

El presidente Reagan ordenará al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos que se aplicara a los niños la sección 504 de protección a minusválidos de la llamada Rehabilitation Act.- Poco después de un mes de la muerte del niño Doe se publicó un decreto que declaraba como ilegal a la supresión del soporte nutritivo o a la atención médico quirúrgica necesaria para corregir algún problema que amenazara la vida de un niño con minusvalía, si esta última era la causa de no ser tratado. También se aclaraba que la minusvalía no contraindicaba el tratamiento. En diferentes lugares de los hospitales y guarderías se colocó carteles

en los que se destacaba que la Ley Federal prohibía la omisión discriminatoria en la nutrición y tratamiento de los niños con minusvalía. También se facilitó a los usuarios la denuncia de las irregularidades.

Dicho decreto fue cuestionado ampliamente por médicos y juristas tanto por su formulación, como por defectos de procedimiento pero puso de manifiesto la necesidad de definir claramente el concepto de negligencia en Pediatría.¹⁰

La Baby Doe Protection Law declaraba que se producía negligencia médica si no se administraba a niños con minusvalía afectados por un problema que podía causarles la muerte, tratamientos que se consideraban correctamente indicados. Las dudas que planteó el texto de esta ley hizo necesario que se agregara posteriormente que no se incurría en delito en las siguientes situaciones: cuando el niño estaba en coma irreversible, cuando sólo prolongaba la agonía o era razonablemente ineficaz o inútil o cuando fuera inhumano.

Varias instituciones hicieron sentir su voz con respecto a este tema. Muchos neonatólogos, enfermeras, abogados, eticistas, padres de niños incapacitados, defensores de Derechos Humanos y otras personas interesadas en el problema, efectuaron acciones contra el procedimiento y los aspectos sustantivos del no tratamiento selectivo.

Se propuso que en los casos en que se decidiera un no - tratamiento selectivo fueran revisados por un comité

interdisciplinario, especialmente cuando hubiera conflicto entre médicos y padres del niño o cuando se sospechara que se podía afectar el mejor interés del niño. Esta sugerencia, que provenía de John Robertson y Norman Fost había sido hecha ya en 1976¹¹. Desde entonces reiteradamente se había advertido acerca de los peligros de dejar las decisiones de niños discapacitados en manos de los padres y/o médicos. La sugerencia concreta de establecer Comités de Ética en hospitales con unidades de cuidados intensivos neonatales provino de la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina, en su volumen sobre Decisiones de suspender tratamientos para prolongación de la vida de pacientes incapaces, publicado en 1983.

Sobre la base de lo recomendado por la Sociedad Americana de Derecho y Medicina se señalan las funciones, composición, proceso de toma de decisión y posibles soluciones legales.¹²

En este momento, con el consejo de la creación de los Comités hospitalarios de ética la Comisión Presidencial planteaba la mentalidad de los tribunales de que se devolviera a los hospitales la disposición de la decisión de los casos concretos.

Posteriormente, la Academia Americana de Pediatría dio la conocida propuesta para el establecimiento de "Infants Bioethical Review Committee" en los hospitales, como alternativa preferible a las disposiciones propuestas por el Departamento de Salud. Se determinaba que el

Comité debía integrarse por 8 miembros: un médico (preferentemente pediatra o neonatólogo), un administrador del hospital, un eticista (o un miembro del clero), un representante del derecho (preferentemente un juez), una persona con formación en discapacidad, un miembro lego de la comunidad, un miembro de la planta médica del hospital y una enfermera. También se propuso el apoyo oficial, además de la personería jurídica para esos comités.

Se señalaban tres funciones: establecer directivas con respecto al no tratamiento selectivo, revisión de casos en forma retrospectiva y revisión prospectiva de casos o consultas de los casos en los que pudiera plantearse discontinuar un tratamiento para prolongación de la vida. El gran debate público e institucional que se planteó obligó al Departamento de Salud a admitir el concepto de Comités Institucionales de Ética para el análisis de casos neonatológicos complejos. Sin embargo, establecía aún como regla una severa limitación de la ética. Los comités debían ser "des-eticalizados". El Departamento de Salud reemplazaba a los comités para la revisión de casos bioéticos en niños (Infant Bioethical Review Committees) propuestos por la Academia Americana de Pediatría por los "Comités para la revisión de casos del cuidado de niños" y excluía al eticista como miembro. Vale decir que se intentaba evitar la discusión de cuestiones éticas. Rápidamente se advirtió que tales cuestiones no podían ignorarse justamente cuando lo que se estaba plan-

teando era prolongar o no la vida de un niño. Los hospitales respondieron de diferentes maneras. Algunos servicios de neonatología en hospitales con comités especializados de ética cumplieron con las disposiciones del Departamento de Salud, otros incorporaron eticistas; algunos incorporaron abogados y otros no y las funciones se entendieron de distintos modos en los diferentes hospitales. Posteriormente, el Departamento de Salud volvió a reiterar en sus regulaciones la exclusión de la ética.

Weir afirma que el Departamento de Salud pretendía que los médicos e integrantes de los comités tuvieran una "visión de túnel" y que vieran a cada neonato prematuro o severamente lisiado como un desafío solamente tecnológico: la única cuestión era determinar si el niño podía ser salvado. Este criterio prevaleció en los hospitales pediátricos estatales, aunque las leyes estatales diferían de un estado a otro; (13). Los comités eran demasiado simplistas, ya que sólo prevenían abusos en los casos de síndrome de Down o de espina bífida. Sus textos eran vagos, difíciles de interpretar y sin directivas para los neonatólogos o integrantes de los comités que debían resolver casos concretos con grados variables de discapacidad.

Muchas veces las leyes estatales eran más restrictivas que las federales y excluían el tipo de decisiones que se vinculaban con la suspensión de tratamientos, por causas médicas y morales. Así algunas leyes estatales exigían que niños

con coma irreversible fueran mantenidos con alimentación parenteral, cuando ésta era una de las excepciones señaladas por la ley federal. Weir señala que la "beneficencia" intentada por los legisladores a veces se transforma en actos de "maleficencia". Los comités pediátricos en este momento se enfrentaban al dilema de actuar según la ley estatal, con lo que sumaban un daño adicional a un niño prematuro o discapacitado o discontinuar un tratamiento que juzgaban contrario a los mejores intereses del niño, violando la ley que prohibía que esa decisión fuera tomada por médicos o padres. Por este motivo el asesoramiento legal era imprescindible para el comité. Esto para Weir originaba otro riesgo: el de centrarse exclusivamente en los aspectos jurídicos y dejar de ser un "consejero ético" y transformarse en un "perro guardián" de las leyes.¹³

En estos momentos frente a la toma de decisiones de incapaces ya han surgido claramente en Estados Unidos tres posibles alternativas: dejar que decidieran padres y médicos, implantar la intervención y control directo del estado o solicitar la solución en cada caso en la corte.^{14, 15}

Frente a las posibles soluciones planteadas anteriormente aparece otra opción: la creación de los comités hospitalarios^{16, 17} que en poco tiempo comenzaban a proponerse como la conciencia de las instituciones.^{18, 19}

Sintetizando, podemos afirmar que la mayoría de los Comités Asisten-

ciales de Ética en Estados Unidos nacen con el propósito de proteger la autonomía de los pacientes de acuerdo con las prescripciones legales referentes al consentimiento informado de los pacientes o al derecho a rehusar un determinado tratamiento, aunque en el ejercicio de este derecho se siga la muerte del paciente. Así los temas más tratados hasta 1985 eran: normativa de no reanimación, continuación o no de asistencia respiratoria mecánica, o de otras formas de soporte vital, muerte cerebral, consentimiento informado, investigación en humanos, docencia de bioética y métodos de toma racional de decisiones.²⁰

Los tribunales de justicia norteamericanos actuaron imponiendo la tradición jurídica a la resolución de los nuevos conflictos bioéticos y fueron indudablemente una de las causas importantes que impulsaron en ese país la expansión de los comités. La sociedad norteamericana planteó en los tribunales una revolución frente al paternalismo médico: la democratización del poder político aunque mucho tiempo después se traslada al ámbito de la relación sanitaria. Esta democratización del poder también en el ámbito de la salud lleva a cuestionar y poner de manifiesto por parte de la sociedad su negativa a dejar en manos de los médicos todos los aspectos relacionados con el nacer, enfermar y morir.²¹

Además de los conflictos producidos a nivel de la investigación, constituye un factor importante para su origen

la presión de grupos defensores de los derechos cívicos y del consumidor en un contexto secular donde aparecen los derechos del paciente como respuesta a los reclamos desde las autonomías individuales.

En cambio en Europa los primeros comités han surgido ligados a instituciones religiosas, en especial pertenecientes a la Iglesia Católica y han estado inspirados en una tradición que se entrecruza con la historia de los hospitales desde la Edad Media.

Así por ejemplo Miguel M. Rodríguez refiriéndose al hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) que "la comprensión del hombre en sus vertientes somática, social, psíquica y religiosa, nos daba una versión integral del mismo que exigía el trabajo interdisciplinar. Frente al frecuente abandono en el que, ya entonces, el enfermo quedaba en manos de la pura técnica, el hospital se proponía estructurar una asistencia con vocación de diálogo de las diversas ramas del saber humano, en trabajo interdisciplinar, que garantizasen el mayor respeto en su acceso al hospital²². Refiere como antecedente del actual comité, un Comité de Orientación Familiar y Terapéutica, con la finalidad de resolver, en forma colegiada, los casos que aparecían como conflictivos desde una perspectiva ética. Luego se transformó en Comité de Ética, incluyendo en su ámbito a todo el hospital.²² Refiere como antecedente del actual comité, un Comité de Orientación

Familiar y Terapéutica, en el año 1976, con la finalidad de resolver, en forma colegiada, los casos que aparecían como conflictivos desde una perspectiva ética. Luego se transformó en Comité de Ética al incluir en ese ámbito a todo el hospital.^{23, 24}

Es de destacar que España es el único país de la Unión Europea cuyo Sistema Nacional de Salud ha financiado la formación en bioética de un grupo de profesionales de la salud, antes de poner en marcha los Comités Asistenciales en los hospitales de referencia. Dicha formación fue realizada por la Universidad Complutense de Madrid.

Entre las diferencias con nuestro comité podemos señalar que tienen determinado un ámbito de actuación, poseen soporte informático y una persona cuya dedicación es suficiente para garantizar la elaboración de las actas de las reuniones y la comunicación entre el comité y los profesionales, los pacientes o usuarios y las autoridades sanitarias.²⁵

Con respecto a la composición, la principal diferencia es que poseen un miembro de la Comisión Central de Garantía de Calidad. También se considera que al menos uno de los miembros del comité sea especialista en bioética clínica (magister y/o experto, o al menos que acredite certificación de su formación y conocimiento en el campo de la bioética). Cuando no hay en la institución un profesional formado pueden tener colaboración técnica y supervisión de un bioeticista de otra institución.

No pueden realizar estudios cuyo objetivo fundamental sean el análisis de asuntos sociales y/o económicos directa o indirectamente relacionados con la asistencia sanitaria en el hospital, en la atención primaria y/o en el conjunto del área de salud.

En Gran Bretaña, el nacimiento de Louise J. Brown en 1978, como resultado de fecundación *in vitro* y transferencia embrionaria, representó el origen de una nueva era en el tratamiento de la esterilidad. Las posibilidades que surgieron ante la fecundación asistida y la transferencia de embriones y los posibles riesgos hicieron necesaria la creación de comités de estudio tanto nacionales como supranacionales que se expandieron entre los años 1982 y 1985.

A diferencia de Estados Unidos, la aparición de los Comités de Ética en este país no surgió como respuesta a los problemas planteados en los tribunales.

El Profesor Dr. Diego Gracia afirma que la opinión de la mayoría no es un procedimiento legítimo para tomar decisiones morales, la ética europea quiere evitar consensos estratégicos y señala que para los europeos el problema estriba en compaginar su tradición filosófica siempre a la búsqueda de los fundamentos con el pragmatismo americano. Desde un deontologismo moderno propone superar al consenso estratégico.

También desde las éticas dialógicas o del discurso se ha intentado superar al casuismo norteamericano y evitar los

pactos estratégicos, tal como lo propone Adela Cortina. Se busca un consenso racional donde todos los afectados por una norma, puedan negociar los intereses de cada uno, defendiendo sólo aquellos que puedan ser universalizables.^{26, 27}

ANTECEDENTES DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA DEL HOSPITAL HUMBERTO NOTTI

Nuestro Comité funciona en el Hospital Humberto Notti, antes Emilio Civit, que es un centro de atención médico complejo, referencial en el centro oeste de la República Argentina, en la provincia de Mendoza.

Su misión está centrada en la recuperación de la salud de niños y adolescentes con patología compleja que requieren estudios, prácticas o tratamientos con tecnología determinada.

La investigación y la docencia son parte de su misión.

La docencia se desarrolla para la formación de recurso humano específico para el área de salud de grado y postgrado. Funcionan algunos cursos para médicos, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, cursos para enfermería, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, técnicos, pasantías de diversos profesionales de la salud y residencias médicas, de enfermería, farmacia, odontología y pediatría de primer y segundo nivel.

Otra tarea docente, que enfatiza-

mos, es el programa de trabajo con la comunidad, para prevención de enfermedades y promoción de estilos sanos de vida.

La actividad asistencial incluye la asistencia médica permanente de complejidad: todas las especialidades pediátricas, servicio de terapia intensiva pediátrica (única en Cuyo), terapia intensiva neonatal, emergencias clínicas y quirúrgicas, cirugía de complejidad (excepto trasplantes que se derivan a un centro nacional).

Tiene 200 camas con un egreso anual de 13.000 pacientes y consultorios ambulatorios de especialidades y servicio de emergencia con un promedio anual de 235.000 consultas.

La tecnología médica es la adecuada para prestar atención de complejidad (quirófanos, terapia, emergencias) y los servicios de apoyo (diagnóstico, farmacia, esterilización, mantenimiento, administración), tiene adecuado desarrollo tecnológico. El personal total es de 900 personas. El 40% son enfermeros. El personal profesional (médicos, odontólogos, enfermeros profesionales, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, ingenieros, arquitectos, contadores, etc.), forma el 36% del total del personal.

El Comité de Ética del Hospital H. Notti desarrolla su labor a partir del 15 de junio de 1989. Cabe preguntarse el porqué de su creación, cuando en nuestro medio la Bioética era casi desconocida.

Nuestro interés en la Bioética surgió como respuesta a los nuevos y numerosos problemas que como médicos terapeutas se nos planteaban en el tratamiento de niños graves, a veces murientes, ante las nuevas posibilidades terapéuticas, farmacológicas o técnicas que nos ofrecía la medicina; ante el interés cada vez mayor de los padres y pacientes en saber y participar en la toma de decisiones y sobre todo, ante las limitaciones en la disponibilidad de recursos terapéuticos sofisticados. Comprendimos que la ciencia y la técnica no podían ofrecernos las respuestas que buscábamos, ya que eran interrogantes referidos a valores espirituales y morales. Sin saberlo, intuitivamente, comenzamos a transitar el camino de la transdisciplina y transculturalidad adquiriendo conciencia humanística. A partir de 1986 comenzamos a reunirnos con profesionales de distintas ciencias que tienen como objeto de estudio al hombre, con el fin de estudiar y reflexionar sobre los conflictos éticos que surgían en nuestra práctica profesional, en un momento en que se consolidaba la democracia y se discutían políticas de salud.

Esta actividad realizada en forma sistemática y metodológica, nos llevó a formar el Centro Cuyano de Estudios Bioéticos. Como fruto natural de esos estudios surgió la solicitud a las autoridades hospitalarias de la creación del Comité Hospitalario de Ética. La iniciativa contó con el apoyo e interés de las

autoridades hospitalarias que rápidamente implementaron su creación. Para la designación de sus miembros se siguieron dos criterios distintos: algunos fueron designados entre los que presentaron la propuesta y que ya se habían comprometido con el estudio y trabajo y otros fueron designados de acuerdo con un criterio jerárquico y estratégico que las autoridades consideraron como más propicio para el posterior desarrollo del Comité.

A nivel nacional por Resolución Nº 450 del 4 de diciembre de 1992 del registro de la Secretaría de Salud de la Nación se creó la Comisión Nacional de Bioética, la que tiene como finalidad el asesoramiento interdisciplinario sobre cuestiones derivadas del avance tecnológico, que ocasiona con cada vez mayor frecuencia problemas éticos, morales y legales en relación con la práctica de las profesiones de la salud.

Uno de sus objetivos es la promoción y desarrollo de Comités Hospitalarios de Ética Médica en los hospitales, tendientes al análisis de las relaciones profesional - paciente y la dilucidación de conflictos originados en la creciente complejidad de las cuestiones biomédicas, tanto en el terreno asistencial como en la docencia y la investigación.

La vigencia de las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud y la puesta en marcha del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica y su instrumento fundamental, el Hospital

Público de Autogestión, requieren de normas de carácter ético valoradas periódicamente por una estructura permanente, plural y participativa.

La mencionada Comisión Nacional elevó un dictamen referido a la Creación de los Comités Hospitalarios de Ética Médica para ser implementados en los establecimientos progresivamente, en la medida de su incorporación al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión.

El Ministerio consideró de absoluta prioridad su funcionamiento efectivo en los efectores que le dependían e invitó a las distintas jurisdicciones, las universidades, la actividad privada y de la seguridad social, para que adoptasen medidas de similar alcance.

El ministerio de salud y acción social resolvió por Resolución 857, del 29 de octubre de 1992, la creación de los Comités Hospitalarios de Ética Médica en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, los que se instrumentarían obligatoriamente en los Hospitales Públicos de Autogestión, a medida de su incorporación en el Registro Nacional creado al efecto y en los Establecimientos Nacionales a partir de la vigencia de dicha Resolución.

El Ministerio de Acción Social y Salud de la provincia de Mendoza creó en su ámbito por Resolución N° 1855/95 al Concejo Provincial de Bioética, con el ánimo de realizar cambios en las estruc-

turas institucionales de carácter interdisciplinario, con formación en la metodología de toma de decisión para lograr la incorporación de principios, valores, virtudes y adecuarse así a la nueva modalidad de relación equipo de salud - paciente.

El consejo se abocó durante la primera etapa de su gestión a lograr un funcionamiento armónico. Elaboró su reglamento interno y se fijó como objetivos generales:

1. Formar Comités Hospitalarios de Bioética en las instituciones del Ministerio de Acción Social y Salud.
2. Constituir la Red Provincial de Comités Hospitalarios.
Por Resolución N° 2433 del 11 de diciembre de 1995 se aprobó el REGLAMENTO DEL CONCEJO PROVINCIAL DE BIOÉTICA

En él se señala la Integración del consejo, composición y consulta, la duración de los mandatos, las funciones de la presidencia y vicepresidencia, el quórum y votaciones, el mecanismo de toma de decisiones, los cuartos intermedios, la frecuencia de las reuniones, la concurrencia de sus integrantes, las atribuciones y deberes del consejo, de la presidencia, de la secretaria técnica, del secretario de actas, de los recursos y de la confidencialidad.

COMPOSICIÓN Y SESIÓN

COMPOSICIÓN

Los comités son de composición colegiada (comités, consejos, juntas, comisiones) para ofrecer una visión variada ante una situación singular, que resuma en un único dictamen una perspectiva transdisciplinaria y pluralista que se transforme en una voluntad unitaria. Así se logra que la acción sea de uno, pero el consejo de varios.²⁸

Nuestro Comité está constituido por 13 miembros y tal como lo aconsejaba la Academia de Pediatría²⁹ se integró con un abogado, un teólogo, un filósofo, un contador, un representante de la comunidad, además de 2 enfermeros y 5 pediatras generales y especialistas.³⁰

Los padres del niño frecuentemente se incluyen en el proceso de deliberación. También puede participar el ministro correspondiente a la religión del paciente involucrado.

Hay que aclarar que el teólogo (católico) no sustituye o suprime la presencia del sacerdote o ministro religioso.³¹ Esta distinción de roles no implica necesariamente dos personas diferentes, en muchos casos puede ser la misma. A veces el sacerdote o ministro relacionado con la persona en dificultad ética, no está capacitado para el debate bioético específico, pero siempre lo está para el debate general, de principios y valores religiosos.³²

Los miembros de nuestro Comité pertenecen a distintos credos religiosos, aunque no fue un requisito a considerar cuando fueron designados.

El abogado cumple un rol muy importante al indicar el marco legal y señalar si alguna opción es antijurídica. El Comité no aconseja en desacuerdo con la legislación positiva para garantizar que todos los dictámenes salvaguarden la responsabilidad profesional de los consultantes.

Cuando se han analizado problemas que constituían excepción a la norma legal se ha señalado la necesidad de solicitar autorización judicial y así se ha hecho.

El abogado no pertenece al plantel del hospital para evitar conflictos de interés. Igual situación se da en el caso del filósofo, el teólogo y por supuesto el representante de la comunidad.

Los miembros citados se consideran miembros titulares y todos tienen voz y voto.

Son designados y revocados por el director del hospital.

Las funciones de los miembros pertenecientes al plantel del hospital se cumplen en el horario habitual de trabajo. No así la tarea de autoformación y capacitación del grupo que ha demandado un gran tiempo extra.

Creemos un deber de justicia que se pueda concretar una resolución ministerial que afirma que los miembros no pertenecientes a la planta hospitalaria podrán ser rentados.

También han participado en las reuniones miembros invitados y consultores con voz pero sin voto. La mayoría de las veces para aportar la experiencia de sus propias especialidades al comité y algunas otras veces como aporte docente del comité hacia algunos miembros de la comunidad hospitalaria.

Los miembros invitados y los consultores pueden ser representantes de instituciones formadoras de recursos humanos en salud; ex miembros de la institución que además de su meritoria trayectoria acreditan antecedentes en temas de la bioética, representantes de entidades religiosas, comunitarias o relacionadas.

En los primeros años no se permitía que el profesional consultante participara en la discusión del conflicto, porque se consideraba que al no conocer el método de análisis y no haber logrado la total cohesión de los integrantes se podrían generar nuevos conflictos, y por otro lado podría perjudicarse la imagen del comité. Luego de haber efectuado el análisis a puertas cerradas se refería al consultante la metodología usada y el consejo elaborado, así como sus fundamentos.

A medida que disminuyeron los prejuicios hacia el Comité y éste se consolidó en su metodología de funcionamiento se permitió la participación en el diálogo de los consultantes.

La consulta, dictamen o informe que expide un órgano consultivo, comité, en la mayoría de los casos resulta por unanimidad pero, en el caso de que exista una

minoría disidente, también puede ser por simple mayoría.

En nuestro caso todas las consultas fueron resueltas por unanimidad, seguramente porque previamente habíamos acordado el proceso de toma de decisión a seguir.

Las deliberaciones o sesiones del comité se efectúan en comisión y se asiste al equipo de salud, al paciente, familia, comunidad, autoridades de la institución, otras instituciones, dando la respuesta al problema objeto de la consulta.

ESTABILIDAD

El comité debe estar formado por miembros estables (permanentes) y transitorios o invitados, incluso ad hoc.

Es importante considerar el principio de inamovilidad o estabilidad de los miembros que cumplen determinados requisitos, para asegurar la independencia funcional ante eventuales arbitrios.³³

RESPONSABILIDAD

El informe que emite el comité hospitalario de Bioética como órgano consultivo, al que denominaremos dictamen o parecer, no es vinculante. Esto origina que quien presenta la consulta y toma finalmente la decisión no está eximido de la responsabilidad profesional.

El único responsable de la acción es el agente que toma la decisión.

El comité emite una opinión técnica, transdisciplinaria, que globaliza una opinión única y que traduce una opinión translúcida, lícita, fundamentada, sin efectos jurídicos para terceros, y resguardadora siempre de la dignidad de la persona humana y su medio ambiente.

RESPUESTAS

No obstante, el comité responde directamente, en caso en que su opinión o actividad fuera ilícita o antijurídica. Por ejemplo, encuadrar un caso de eutanasia por acción u omisión como muerte digna; aconsejar métodos desproporcionados de tratamiento para alcanzar beneficios económicos. Esto se basa en la legislación civil y penal vigente, a tenor de los artículos 1.071 del Código Civil, concordante con los artículos 1.109, 1.112 y 1.113, además de las responsabilidades penales y administrativas.

Ante una consulta a un comité de ética hay distintos tipos de respuestas:

- **Informe:** se refiere a un relato o exposición de los hechos, sin elementos de juicio o juicios concretos en el contenido del supuesto objeto de consulta. Ejemplo: problemas técnicos médicos o técnico - jurídicos que deben ser remitidos al ámbito de competencia correspondiente.
- **Juicio u opinión:** el dictamen contiene una valoración ética o axio-

lógica, a la que se llega una vez seguido el proceso de toma de decisión previamente consensuado y aceptado por el comité.

El comité exterioriza su voluntad a través de un dictamen, actividad típicamente consultiva, sea retrospectiva o prospectiva. Exteriorización de voluntad que tiene características propias que es necesario señalar:

- Las opiniones o dictámenes prospectivos que emite el comité no los hace de oficio, ni en forma espontánea, sino siempre a solicitud o requerimiento de parte interesada.
- Los dictámenes no pueden emitirse en abstracto sino en concreto para un caso particular, sea en el cumplimiento de la función consultiva retrospectiva o prospectiva. En la primera, el hecho de que el conflicto haya sucedido y ya ha sido resuelto no lo hace abstracto.
- Los dictámenes deben ser claros y concisos, refiriéndose únicamente a emitir opinión concreta sobre lo solicitado.
- La opinión elegida debe estar basada en un diagnóstico técnico médico de excelencia, lícita desde el punto de vista jurídico y justificada por valores, normas, principios o virtudes.

- Los dictámenes son facultativos, es decir, no se tiene obligación de aceptarlos. Nos parece oportuno, sobre el tema, referirnos a los tipos de dictámenes en virtud de hacer las diferencias con los comités de ética en investigación. Se reconocen tres categorías de dictámenes:

a) *Facultativos*: se los denomina voluntarios, libres o potestativos. Son aquellos en que no se está obligado a su requerimiento, pero que voluntariamente puede solicitarse en intervención y aceptar sus conclusiones. Se tiene la facultad de solicitar libremente el parecer del comité pero no la obligación de aceptar sus condiciones. El dictamen es libre porque puede ser seguido o no y encuadra en el tipo de dictamen de los comités hospitalarios de bioética.

b) *Obligatorios*: también se los denomina como mixtos, cuasi vinculantes, optativos o no vinculantes. En este caso, quien va a decidir debe requerir opinión y juicio por imposición del orden normativo, aunque no se está obligado a aceptar su decisión. El requerimiento y la consideración del dictamen es elemento necesario y su omisión ocasiona responsabilidad. En síntesis: es obligatorio solicitar el parecer y facultativo aceptar o no la decisión.

c) *Vinculantes*: su naturaleza responde a la denominación, por cuanto es la ley o el orden normativo la que impone la obligación de requerirlo y ajus-

tarse a sus conclusiones. Estas últimas son normas obligatorias. Por ejemplo: la observación de un comité de ética de investigación a un protocolo de investigación lo invalida totalmente y lo remite a la fase 0. Como se advierte en el ejemplo anterior, la vinculación es absoluta, porque obliga a actuar y resolver en el sentido informado, sin posible resolución en contrario.

Desde el punto de vista de la terminología, la doctrina cuestiona este tipo de dictamen o parecer en virtud de que la consulta se transformaría en una verdadera autorización tutelada.

La actividad consultiva puede ser escrita o verbal pero la forma normal de exteriorización del comité, por la solemnidad de su actuación, debe ser escrita.

Los dictámenes deben contar con los siguientes requisitos: consignación del lugar y fecha, conflicto ético planteado, opinión fundada y conclusiones que se concretarán o no por parte del solicitante de la consulta y deberán figurar en un libro de actas foliado, siguiendo un riguroso orden cronológico, evitando claros y separaciones innecesarias. Las correcciones que se introduzcan serán salvadas a continuación de los mismos y antes de ser firmados, dejándose expresa constancia de lo tachado, sobrepasado o enmendado y de cualquier otra modificación que se practique. Estos requisitos son de cumplimiento obligatorio porque la documentación puede ser requerida por la autoridad judicial, como

elemento de prueba frente a un delito, acción por daños y perjuicios, etc.

Podemos clasificar a los dictámenes, según el alcance de la consulta, en generales y particulares o individuales y especiales.

Son generales cuando la solicitud de opinión está referida a temas bioéticos de interés general, que pudieran involucrar y producir efectos éticos y jurídicos generales en forma directa o no. Son ejemplos del primer caso los pedidos de opinión sobre proyectos de leyes: muerte digna, salud reproductiva, fertilización asistida, o sobre un reglamento de obligatoriedad de constitución de comités hospitalarios de Bioética. Son impersonales y objetivos, y no configuran un caso particular.

En el segundo caso, vale decir cuando se trata de declaraciones desprovistas de efectos jurídicos (crear derechos y obligaciones), sirve como ejemplo el decálogo de cómo tratar a una persona enferma. Los singulares o particulares se refieren a la función consultiva propiamente dicha.

Los especiales son aquellos que comprenden materias propias del comité, pero el organismo consultor o persona que consulta no corresponde a la institución en que está inmerso.

Por ejemplo, consulta particular de una institución privada a un comité de ética de un hospital público o consideración de un proyecto de investigación si no existe un comité correspondiente.

En síntesis, el dictamen es la forma típica de manifestarse la actividad consultiva, porque a través del mismo se enfocan los temas objeto de consulta desde diversos ángulos no exclusivamente médicos, y es completo porque no sólo cuenta con una opinión, sino que en el mismo se ha valorado, dando juicio sobre sus posibilidades bioéticas y siguiendo el proceso de toma de decisión. La actividad consultiva de un comité hospitalario de Bioética es interna de la institución y no concurre a su formación la opinión de quien ha dado origen a la consulta. Tiende a lograr el mejor interés del paciente y su familia, a la vez que el mejor funcionamiento de la institución de que se trate.

Cabe destacar que el dictamen de un comité hospitalario de ética no crea, extingue o modifica una relación de derecho con respecto a terceros o al propio interesado.

Como órgano consultivo, no decide sino que se limita a aconsejar, asesorar, a formular una declaración de juicio u opinión como apoyo al equipo de salud, y sobre todo para lograr el mayor bien para el paciente y su familia.³⁴

FRECUENCIA DE LAS SESIONES

El Comité de Ética ha efectuado reuniones ordinarias, con una periodicidad mensual y extraordinarias a demanda del director, del personal del hospital, de pacientes o familiares o representan-

tes legales de éstos, de la comunidad, de otras instituciones o por demanda anónima. En el caso de las reuniones extraordinarias se instrumentaron los mecanismos adecuados para que las mismas se efectivizaran indefectiblemente en un plazo no mayor de 24 horas, desde el momento de su solicitud. Cabe comentar que para disminuir las tareas del Comité en la medida que había mayor número de consultas extraordinarias se limitaban las ordinarias. La celeridad con que se ha reunido el Comité es una de las diferencias con las que aporta la bibliografía. Otra es la modalidad del pedido. En nuestro caso la solicitud de consulta se formula en forma oral al secretario o al presidente.

PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN

Nuestro proceso de toma de decisión es un proceso estructurado, sistematizado, de toma de decisiones. Parte de la historia clínica para llegar a conocer en profundidad al paciente. Dicha historia clínica debe ser completa, veraz y debe traducir íntegramente los distintos problemas. Su confección es responsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. La institución está a cargo de su buena conservación, archivo, secreto, disponibilidad ante autoridad competente y el propio paciente o su representante legal que la solicita a la

dirección del hospital. El secreto de la historia clínica es profesional y técnico.

El primer punto en el proceso de toma de decisión es el de recolección de antecedentes:

Deben identificarse los procedimientos o prácticas diagnósticas y terapéuticas que se han efectuado y las alternativas posibles, así como los riesgos que se pueden presentar en cada una de ellas y el pronóstico.

Muchas veces en los primeros tiempos de funcionamiento del comité en este punto se suspendía la sesión porque no estaban resueltos estos problemas, considerándose a posteriori cuando se habían completado.

También se analiza en este momento la capacidad o no del paciente o su familia y en algunos casos hemos tenido en cuenta la opinión de allegados al paciente (maestra, psicopedagoga, amigo, etc. Siempre analizamos las características socioculturales y económicas de la familia así como la dificultad técnica, operativa o económica y/o disponibilidad de la terapéutica que se propone.

Posteriormente se identifican las opciones reales y posibles, aún las que parezcan moralmente inaceptables y se determina la antijuridicidad o no de cada una de ellas.

Recién entonces se procede al estudio de los problemas éticos, que generalmente son varios. Hay que enumerarlos, definirlos para analizarlos por separado.

En este momento se procede a la evaluación moral que consta de cuatro pasos.

El primero es el sistema de referencia moral (ontológico). Como premisa ontológica se postula que el hombre es persona y como tal tiene dignidad y no precio. La premisa ética sostiene que en tanto que persona todos los hombres son iguales y merecen similar respeto y consideración.

El esbozo moral (deontológico) se considera en dos niveles. El primero comprende la no maleficencia y la justicia y el segundo autonomía y beneficencia.

El paso siguiente atañe a la experiencia moral (teleológica). Evalúa las consecuencias subjetivas y objetivas. Se hace referencia en este momento a la calidad subjetiva y objetiva de vida y a la proporcionalidad terapéutica.

Por último se procede a la verificación moral (justificación). Se confronta el caso con la regla, se comprueba si es posible justificar una excepción y finalmente se contrasta la decisión tomada con el sistema de referencia moral.

Se llega al cuarto paso del proceso, que es la selección de una opinión justificada, que constituye la decisión.^{35, 36, 37}

Sobre la base de la decisión se aconseja la acción. El último paso es la reflexión de lo actuado.

En nuestro proceso de toma de decisión podemos afirmar que se visualiza claramente la influencia norteamericana

en la primera parte^{38, 39} y luego se inspira casi fielmente en la propuesta del Profesor Dr. Diego Gracia.

También hemos adquirido una experiencia importante en la aplicación de los criterios de la PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA.⁴⁰

Los criterios de aplicación de la proporcionalidad terapéutica se basan en comparar los riesgos y costos de una terapia o práctica médica a los posibles beneficios. Exige una interacción entre el médico y el paciente o sus representantes. Gracias a esta colaboración, podrán ser definidos:

1. **Objetivo u objetivos de la terapia:** curación, prevención de las recidivas, prolongación de la vida, alivio del dolor, rehabilitación física, etc. Para que una terapia sea eficaz debe satisfacer las expectativas del médico y del paciente, que no siempre coinciden.
2. **Aceptación del médico a la terapia:** está ligada a los modos, tiempos y ritmos de la formulación terapéutica. Debe ser lo más cercana posible a las exigencias del paciente, en lo referido a su valoración subjetiva como en lo referido a su conveniencia.

Entre la definición de los objetivos y la verificación de la aceptación, está la selección del tratamiento, tarea de naturaleza específicamente médica.

El médico debe proponer la "terapia más eficaz" (la que tiene mayor posibilidades de alcanzar el beneficio), la "más segura" (la que tiene mayores posibilidades de disminuir los efectos no deseados, o sea, los riesgos) y la "más adaptada" a las particulares exigencias físico-patológicas del paciente.

Para que la selección sea correcta, es necesario que el médico esté actualizado sobre las "novedades terapéuticas", conozca y sepa interpretar críticamente los métodos experimentales utilizados para la investigación y los resultados que emergen y pueda elegir así la terapéutica, que según el balance riesgos beneficios, resulte más favorable.

Para que la selección se traduzca en una elección terapéutica, es necesario:

- Que el medio terapéutico elegido esté disponible y que la dificultad técnico - operativa para disponer de él, o los gastos necesarios no sean tales que parezcan desproporcionados al beneficio previsto.
- Que el paciente tenga un impacto positivo con la terapéutica y adhiera a ella (aceptación).

La aceptación del paciente, tanto inicialmente como en el curso del tratamiento, depende:

1. De sus límites de tolerancia y de soportar las molestias y los sufrimientos impuestos por la terapéutica.

2. De su patrimonio en valores y sus ideales. (Ejemplo: testigo de Jehová, que tal vez rechaza transfusión de sangre)
3. Del impacto emotivo con la terapéutica. (Ejemplo: el profundo sentimiento de repugnancia que una persona puede experimentar hacia un transplante, xenotransplante).
4. El valor atribuido al beneficio esperado.

Evaluar todos los elementos no es una tarea fácil ni para el médico, ni para el paciente ni la familia. Valorar la proporcionalidad de una terapéutica puede suscitar conflictos decisoriales y orientaciones operativas diversificadas. (40)

En los primeros tiempos del Comité es difícil ser ordenados y seguir paso a paso el proceso de toma de decisión. Teníamos un afiche en la pared para que todos los integrantes tuviéramos en cuenta en qué punto estábamos y no nos alejáramos del modelo.

¿QUIÉNES SOLICITAN CONSULTAS ÉTICAS?

En nuestro comité cualquier persona relacionada con el paciente que detecta un conflicto ético puede pedir asesoría al comité e incluso puede sesionar ante un pedido efectuado en forma anónima.

De las 144 consultas efectuadas la mayoría fueron solicitadas por médicos de la institución por desacuerdo o dudas con otros especialistas en los cursos de acción a seguir [58] o con los padres [48]

Los padres consultaron en tercer lugar con un número casi igual al de los enfermeros que ocuparon el cuarto lugar.

Profesionales médicos de otras instituciones públicas y privadas presentaron en nueve sesiones.

El comité se reunió a pedido de un juez de menores en tres oportunidades y en dos por pedido de abogados.

Las autoridades del hospital efectuaron tres consultas y las de emergencia social de la provincia tres.

También se recibió consulta del INCUCAI (Instituto Nacional de Ablación e Implante de Órganos), de farmacia, kinesiología y una anónima.

Si bien han consultado médicos de la mayoría de las especialidades, los que lo han hecho con más frecuencia son los de terapia intensiva [25], clínica [22], hematología [11], oncología [10], neonatología [9], cardiología [9] y gastroenterología [5]. Con igual frecuencia [4] han consultado endocrinología, anestesiología, neurología y cirugía. Salud mental lo ha hecho en dos oportunidades y llama la atención que los profesionales de nefrología, que frecuentemente han participado como invitados sólo han consultado en una oportunidad.

Es de destacar que a excepción de los nefrólogos que no repitieron la consulta en otros pacientes, por lo que se

deduce que no fueron satisfechas sus expectativas, en los demás servicios se repitieron en otros pacientes, según se señala en el cuadro que se adjunta. Para facilitar su lectura el pedido de observación se ha dividido año a año. Así el año 1 corresponde al período comprendido entre el 15/06/89 y el 14/06/90; el año 2 corresponde al período comprendido entre el 15/06/90 y el 14/06/91 y así sucesivamente.

FUNCIONES DEL COMITÉ

Nuestro comité cumple funciones consultivas, normativas y docentes. Hemos revisado el libro de actas del comité durante un período de diez años, comprendido entre el 15/06/89 y el 14/06/99. Durante este período se han efectuado 200 sesiones. En dichas sesiones se han presentado 144 consultas.

Se han desempeñado funciones docentes en 52 sesiones y en 13 funciones normativas.

En muchas de las sesiones se ha cumplido más de una función.

FUNCIÓN CONSULTIVA

La función consultiva ha sido la más frecuente [144] y es de tipo opcional.⁴¹

Todas han sido prospectivas. Análisis retrospectivo se había efectuado antes

de haber sido constituido el Comité por el director del hospital. Este recurso fue muy útil para adquirir habilidades en el proceso de toma de decisión, en forma individual y grupal.

El análisis prospectivo, de acuerdo con el reglamento interno elaborado en la primera sesión, se efectuó dentro de las 24 horas de haber sido solicitado. Pocos casos necesitaron más de una sesión para resolverlos.

Cuando las consultas se repetían originaron la elaboración de una norma. Posteriormente se desalentaba la presentación de casos que podían ser incluidos en ellas y los integrantes del comité individualmente asesoraban con respecto a ellas a quienes lo requerían. Esto se consideró como un mecanismo adecuado para disminuir el número de consultas al Comité.

El Comité de Ética, que es un órgano consultivo por definición⁴², es el ámbito adecuado para la deliberación entre expertos, afectados y responsables políticos.

EXPERTOS

Al tratar de resolver un problema suscitado en la atención de la salud de un paciente determinado, en un lugar geográfico y en un determinado momento, hay que tener en cuenta en primer lugar la opinión de los expertos que aportan elementos decisivos para la re-

solución del problema. Los expertos son profesionales que desempeñan una ocupación, prestan servicios con una particular especificación y coordinación.

Las profesiones se constituyeron en Grecia de acuerdo con un modelo sacerdotal y generando la idea de responsabilidad profesional más bien religiosa. Esta concepción fue modificándose con el correr del tiempo y se emancipó de la relación religiosa instalándose una ética autónoma característica de la misma.

Profesión, del latín *professio*-*onis*, significa acción y efecto de profesar. Desde su inicio, en todas las profesiones se desarrolló el concepto de responsabilidad profesional, aunque las primeras profesiones fueron únicamente la medicina, el derecho y la teología, y de ellas fue característico que su ejercicio posibilitara la subsistencia o ganancia honesta por parte de sus prestatarios. Posteriormente fueron consideradas profesiones la carrera militar y la naval. Luego, todas las personas con preparación específica y un grado académico, como economista, arquitecto, profesor.

Actualmente tiende a incluirse como profesionales algunas ocupaciones que requieren preparación y conocimientos específicos, sin título universitario, pero con diplomas o certificaciones basados en exámenes que confieren el derecho para el uso de sus habilidades específicas. Es característica de la profesión la tipicidad de los objetivos, la racionalidad, la superación de las fórmulas

consagrados por la tradición y el tiempo, la autoridad, que permite al profesional imponer criterios y la especificidad que regula la relación entre el profesional y su cliente dentro de límites preestablecidos.

Para Parson, las profesiones son mecanismos de control social.

Podemos ya definir al profesional como la persona que posee profundos conocimientos teóricos que llevan a la solución de problemas vitales, recurrentes pero estandarizables y que experimentan la necesidad de realizar su trabajo con el máximo de sus competencias y que se sienten a sí mismos identificados con los demás profesionales de su área. En la misma existe autocontrol de la conducta de sus integrantes mediante un código ético, con socialización en los valores de la profesión y con controles más o menos oficiales, los colegios profesionales, organizados y dirigidos por los mismos profesionales.

La profesión es, por consiguiente, un servicio a la sociedad, único, esencial y definitivo. Se basa en conocimientos y técnicas específicas para el servicio que presta. El éxito profesional consiste en saber definir el problema, seleccionar los datos relevantes, planificar y aplicar las mejores soluciones. El profesional debe pensar crítica, objetiva e inquisitivamente. Debe superar un periodo de formación especializada en instituciones educativas, que fundamenta el que los profesionales puedan reclamar recompensas sociales y económicas superiores a las de las ocupaciones.

El bien que se obtiene ejerciendo una profesión es lo primero que debemos considerar cuando efectuamos un análisis ético. Ello nos conduce a la evaluación de las metas o fines de la medicina.

La medicina tiene metas tradicionales: 1) salvar y extender la vida; 2) promoción y mantenimiento de la salud, y 3) alivio del dolor y sufrimiento.

Pero estas metas ¿mantienen su vigencia en la actualidad? Se prolonga la vida, se atrasa el envejecimiento, se mantiene la vida artificialmente, se ha avanzado enormemente en medicina predictiva, se están incluyendo en su área los problemas existenciales relacionados con el sentido de la vida, la violencia social, el medio ambiente.

En el plano científico la medicina se expande, avanza en la investigación. En lo económico es una fuerza que posibilita rentabilidad y puestos de trabajo para muchas personas no médicas. En lo político la asistencia sanitaria y las demandas urgentes al respecto hace que los gobiernos adquieran un papel predominante en su provisión y desarrollo. Éstas son, entre otras, las razones que llevan a replantear las metas médicas.

A su vez, la asistencia médica se sitúa dentro de los sistemas de salud y éstos dentro de contextos sociales y políticos más amplios. Esto lleva a replanteos desde todas las perspectivas profesionales involucradas.⁴³

El Hasting Center propone, sin priorizar, las siguientes:

- Prevención de la enfermedad y las lesiones, y promoción y mantenimiento de la salud.
- El alivio del dolor causado por la enfermedad y las dolencias.
- La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Estas metas nuevas influyen en los integrantes del comité de ética, cuando en diálogo transdisciplinario se procede al análisis individual de un conflicto particular.

La Bioética, por definición, es un diálogo transdisciplinario, interideológico y pluralista que pretende lograr un debate social que favorezca la igualdad del acceso a los servicios de salud, así como un derecho fundamental de las personas, independientemente de su nivel social y económico. También, pretende que la medicina esté al servicio de la salud de las personas, respetando su dignidad, pero que no se dedique a medicalizar todos los aspectos de la vida.

La opinión de los expertos en el proceso de toma de decisión es imprescindible para la comprensión y resolución de los distintos problemas. Esto no significa que sean los únicos que opinen. Cuando las decisiones quedan exclusivamente en sus manos, estamos ante un paternalismo médico.

AFECTADOS

El afectado, cliente o usuario de la atención profesional, no es meramente el objeto de esa atención. Es un sujeto de derecho que debe ser respetado, considerado, informado y que tiene que emitir su opinión. Respetando el principio de autonomía, el profesional debe dialogar con el paciente y acordar las prestaciones profesionales. El paciente o su representante legal es un interlocutor adulto, que tiene la posibilidad de expresar lo que prefiere.

Es el protagonista de lo que con él se hace o se va a hacer; es quien debe decidir, debidamente informado, acerca del servicio o presentación que se le ofrece.

Cuando la ética profesional se corporativiza, rechaza el punto de vista jurídico y el principio de autonomía. En los comités de ética hay que escuchar tanto la voz de los expertos como de los afectados.

La información brindada a los afectados no los convierte en expertos, pero sus puntos de vista, luego de ser adecuadamente informados, aportan elementos imprescindibles para la toma de decisión.

El discurso que se hace sólo de la perspectiva del paciente sirve para descalificar actuaciones, no para solucionar problemas.

El principio de autonomía, que ha tenido su máxima expresión en Estados Unidos, no puede ser ignorado en nuestro medio. La experiencia norteamericana debe servirnos para valorar la impor-

tancia del consentimiento informado y lo que con él se relaciona.

Los integrantes del equipo de salud debemos ser los máximos defensores del consentimiento informado porque, si el accionar médico está guiado por el respeto a la dignidad del paciente y su familia, no hay otra opción que respetar su autonomía.

El respeto a la autonomía está reconocido en nuestro ordenamiento jurídico y constituye una obligación ética el informar al paciente, para que en verdadero diálogo, pueda apropiarse de su enfermedad y tomar una decisión responsable.

La información brindada a pacientes capaces por parte del médico, conocedor de la técnica, debe ser veraz, adecuada, sencilla, teniendo en cuenta al que recibe la información, en el momento oportuno, para luego recibir el consentimiento responsable por parte del enfermo y aceptar la decisión tomada.

Tratándose de niños (incapaces), es posible, y hace más humana la relación, el informarles las prácticas que se les van a efectuar, la evolución posible, cuánto les va a doler o no, porque son medidas que facilitan la aceptación de la enfermedad y favorecen su actitud de confianza. El asentimiento del niño no exime al médico de solicitar a los padres o representante legales el consentimiento requerido.

El consentimiento es mucho más que un formulario impreso más o menos detallado; es mucho más que una práctica defensiva ante posibles juicios de ma-

la praxis; es una manifestación del respeto al paciente y su familia.

Expertos y afectados se encuentran en un espacio social que no tiene ni una multitud de recursos ni posibilidades ilimitadas. Existe una perspectiva en la que se deben articular las múltiples necesidades e intereses con las posibilidades reales y recursos disponibles, conforme al principio de justicia.

RESPONSABLES POLÍTICOS

Ellos son los encargados de arbitrar las fórmulas para que los recursos se distribuyan equitativa y razonablemente. Tendrán que tener en cuenta a los afectados y a lo asesorado por los expertos.

En la relación terapéutica, el enfermo busca su bien individual y aporta a la relación el principio de autonomía. El médico busca lo mejor para el paciente y aporta el principio de beneficencia y el de no maleficencia.

La sociedad aporta el principio de justicia pero, para que éste se haga presente, en la relación terapéutica deben existir normas explícitas emanadas de leyes, decretos, decisión de un juez, director de hospital o jefe de servicio.

La versión deontológica de la ética postula que se respeten la dignidad y los derechos de cada ser humano como fin en sí mismo, otorgando escasa importancia al contexto. Pero la falta de contexto provoca una pérdida de realidad y hace que la

ética no pueda hacer las mejores propuestas de humanización, ya que no logra decir de qué modo debe transitarse de lo existente a lo deseado.

Debemos vivir en nuestra realidad, conociéndola, respetándola y siempre tratando de mejorarla.

El contexto tiende a colocar a la ética al servicio de los fines que promueve y facilita.

Debemos escribir nuestro texto ético en el contexto social al que pertenecemos, pensando que siempre existen posibilidades de actuar en él. Así la realidad estará vigente en nuestros comentarios.

A diferencia de lo que proponen algunos autores, como el Profesor Dr. Miguel Sánchez o el Dr. Francesc Abel, S.J., nuestro Comité sí analiza problemas socioeconómicos y creemos que los problemas de justicia social, tan importantes para nuestros países latinoamericanos, pueden encontrar en los Comités de Ética herramientas útiles para que los servicios de internación sean justos y efectivos.

FUNCIÓN NORMATIVA

Con respecto a la **función normativa**, hay consenso en que las normas éticas deben ser fundamentadas en el seno del comité. En una etapa posterior, el comité debe proponer al resto de la institución su texto para que a través del diálogo sean consensuadas y recién después podrán ser adoptadas. El no cum-

plimiento acarrea el tener que explicar el motivo de la excepción.

Entre las primeras normas y procedimientos es aconsejable que figure qué debe escribirse en la historia clínica, y qué, cómo, cuándo y dónde se informará al paciente y/o familiares. También es muy útil explicitar claras definiciones de términos que se usan habitualmente en Bioética, como capaz o competente, proporcionado, desproporcionado, calidad de vida, muerte digna, paciente terminal, etc.

La dificultad con el lenguaje es una tarea que debe resolver el comité de bioética, para que las normas sean uniformemente entendidas por los integrantes del equipo de salud y puedan aplicarlas fácilmente.

Otra característica que deben tener las normas elaboradas es que deben ser socialmente útiles y realistas, es decir, deben estar adecuadas al contexto socioeconómico y cultural, y al momento histórico en que el paciente y la institución interactúan.

Las normas elaboradas deben tener la flexibilidad necesaria para poder ser periódicamente evaluadas y, si fuera necesario, ser modificadas. También es conveniente que sean breves y concisas.

Una vez aprobadas las normas propuestas y consensuadas, deben ser avaladas por la institución y su cumplimiento se torna obligatorio desde el punto de vista ético y técnico médico. Tal es el caso de la norma de procedi-

miento de atención médica, en lo referido a la historia clínica. Se podrían distinguir tres etapas en la elaboración de normas por parte de los comités.

En la primera, cuando el comité está en su primera etapa de trabajo, es conveniente que adopte como normas las ya hechas, ya sean nacionales o internacionales. Por ejemplo, nuestro comité tomó y aplicó en 1989 las normas de diagnóstico de muerte cerebral en niños, elaboradas en Estados Unidos por la Task Force, cuando nuestra Ley de Ablación e Implantes nº 2154/77 no lo contemplaba.

Recién en 1993, la Ley 240193/93 refiere los mismos criterios.

En la segunda etapa, se deben dar normas para casos concretos. Ejemplo: transfusión de sangre a testigos de Jehová, reanimación no indicada, etc.

En la tercera y última etapa, el comité estaría en condiciones de elaborar normas genéricas que expresen los principios y regulen el accionar institucional. Por ejemplo, en nuestro caso el Decálogo del Hospital de Niños.⁴⁵

Aunque en nuestro Comité la función normativa no siguió estas etapas, creemos que pueden servir de orientación a los comités que están iniciando sus funciones.

Según Aftalión "Una norma es la representación conceptual de una conducta; es un concepto que, siendo su objeto mentado la conducta en su libertad, recoge y expresa la dirección inmanente a dicha libertad, señalando como debiendo

ser una de entre las varias posibilidades que se ofrecen a la conducta libre."⁴⁶

La moral se refiere a las normas que rigen las conductas de una sola persona; por ejemplo: no matarás. El derecho se expresa en normas que representan la conducta de varias personas, o de dos sujetos, pero considerándolos en interferencia, alteridad, porque contiene la mención de ambos y debe señalar la conducta de tal modo que exprese la interferencia. Vale decir que la norma jurídica es bilateral y determina en un sujeto (varios) un deber y simultáneamente determina en otro sujeto (varios) un derecho.

La moral se funda en la voluntad de respeto al hombre, a todo hombre y a todos los hombres.

Desde Kant, muchos filósofos se refieren a lo que él llamó imperativo categórico.

En Bioética dos de sus formulaciones son muy útiles:

- "Obra siempre de manera que la máxima de tu acción pueda convertirse en un principio universal".

- "Nunca trates a la humanidad en tu persona y en la persona del prójimo, simplemente como un medio, sino siempre también como un fin".⁴⁷

El primero de estos principios filosóficos significa que lo que ilumina y guía la conducta completa de uno debe poder pasar a ser la de cualquier otro situado en las mismas condiciones de acción, sin que se infiera una falta de respeto para con el hombre. Podríamos agregar que a lo que

refiere este principio es a la concienciación de la reciprocidad.

El segundo equivale, en nuestro tema, al no poder tratar a la humanidad en la persona del enfermo en cuestión, como un simple medio.

Pero estas formulaciones, a la hora de tomar decisiones, pueden no ser claras; por eso las sociedades elaboran normas concretas, que colocan un contenido preciso al principio del respeto a la persona, para iluminar cada actuación.

Las normas morales señalan valores a ponerse en práctica para lograr la humanización y sirven como punto de referencia para el obrar; vale decir, sirven para pasar de la ética formal a la material. Del marco de referencia moral de carácter formal y canónico (Kant) se pasa a contenidos materiales y deontológicos.

Estas normas son siempre históricas y por lo tanto cambian con el tiempo, a diferencia del contenido formal de la ética, que es transhistórico o trascendental.

Tampoco los resultados científicos son normativos en sí mismos. La ciencia describe parte de la realidad desde un determinado enfoque y proporciona leyes de funcionamiento, pero no puede salirse del ámbito de su competencia.

Como el hombre es un ser social, n el discernimiento ético hay que considerar, además de la intención de las personas, las dimensiones colectivas de las conductas. Se deben analizar los significados culturales y las consecuencias sociales próximas y lejanas; vale decir, las consecuencias so-

ciales, jurídicas y económicas que van a determinar la opción que estamos analizando.

Las normas son para un determinado lugar geográfico y momento histórico, y siempre deberán considerarse qué consecuencias aceptables tendrán próxima y remotamente en cada una de las personas afectadas, en las instituciones (familiares, hospitalarias, etc), en la legislación, en la evolución de las costumbres y mentalidades.

De las dimensiones sociales, hay algunas que deben ser especialmente analizadas por los comités de ética: la institucional, la jurídica, la económica.

La sociedad se procura como medios a las instituciones para actuar de manera eficaz y duradera en la red social. Están destinadas a proteger a los individuos y a negociar cuando hay conflictos de intereses entre los individuos y/o grupos. Asimismo, el análisis jurídico de una acción es un factor elemental, que facilita el juego entre la libertad y el Estado. Está estrechamente ligado con lo moral, pero se distingue de ella. "La norma jurídica determina siempre un deber y un derecho en sujetos diversos".

La norma jurídica imputa sanción y la norma moral se limita a expresar la conducta, pero frente a ésta no hay sanciones morales, o sea no hay modo de considerarlas normativamente imputadas.

Las sanciones jurídicas están previstas dentro del ordenamiento jurídico

y se caracterizan por su carácter coercitivo, coactivo o coercible.

De la totalidad de postulados éticos deberán seleccionarse aquellos que por estar directamente relacionados con normas básicas, que regulan y organizan la vida en sociedad, pueden ser impuestos a través de una ley. Así se forma el sistema normativo o jurídico del Estado, que hace que sus normas estén relacionadas, según un orden que establece entre las mismas una subordinación y una jerarquía, y se configura un ordenamiento jurídico.

La jerarquía normativa se establece en razón de la importancia que revistan los conceptos. De éstos se requiere una coherencia, de modo que las normas especiales concuerden con las generales, y éstas con las fundamentales, dando como resultado un ordenamiento armónico.

La supremacía constitucional se articula con la noción de orden público. Éste es un concepto indefinido en el ámbito jurídico, por ser un concepto jurídico indeterminado.

El orden público implica la prevalencia del interés general, público o social sobre el individual. Cuando prevalece el interés público o social sobre el individuo, se dice que la norma es de orden público. La consecuencia es que deroga toda convención con los particulares y no rige la autonomía de la voluntad contractual, sino que la conducta individual se sujeta a las prescripciones legales. Pero el principio de la inviolabilidad de la persona prohíbe imponer sacrificios a un individuo sólo en

razón de que ello beneficia a otro individuo por el bien común.

La legitimidad, por la legitimidad misma, en función del bien social, sin importarle el perjuicio personal, es una opción extrema, y el bioderecho debe procurar que la norma tienda a un equilibrio entre el interés social y el individual. Por ejemplo: posibilitar el avance científico, pero a su vez garantizar la protección de los derechos individuales, a través de la opción de los recaudos de la norma para el fin.

Nuestro Comité nunca aconseja opciones antijurídicas. Cuando se ha requerido hacer una excepción a la norma se ha solicitado la correspondiente autorización judicial. Si la norma jurídica debe ser cambiada no es el Comité Hospitalario de Ética el ámbito donde deba lograrse.

FUNCIÓN DOCENTE

Con respecto a la **función docente** [52], en primer lugar debe realizarse la autoformación de los integrantes. En nuestro caso, algunos de los miembros habían comenzado años antes con esta tarea, ante los conflictos éticos que surgían en la atención de pacientes graves, lo que permitió empezar con las tres funciones simultáneamente.

Consideramos que una manera adecuada de iniciar las tareas es constituir un grupo de estudio, que se denominará comité de bioética en formación, sin im-

portar cuán numeroso sea y del que surgirán a posteriori los miembros permanentes. De esta manera se han organizado algunos otros comités en nuestra provincia.

Los miembros del comité que poseen distintas formaciones deberán como primer requisito alcanzar un lenguaje común. Para ello es necesario adquirir conocimientos sobre algunas definiciones, conceptos de principios, valores morales, virtudes y metodologías de resolución de conflictos éticos.

Es importante dedicar un tiempo a la autocritica con respecto a los resultados de esta función educativa.

La auto educación del comité puede realizarse con la lectura de temas de Bioética. La programación puede ser efectuada por los miembros que tengan mayor experiencia bibliográfica. Se partirá de los temas más generales a los más específicos.

La formación puede completarse con asistencia a cursos, jornadas, congresos e intercambio con otros comités.

Estos pasos también deben seguirse cuando se incorpora un nuevo miembro. Es de utilidad planificar el cronograma de actividades docentes, definir los objetivos y contenidos fundamentales con proyección de futuro y adecuado al tiempo disponible. Determinar y diseñar las actividades de enseñanza-aprendizaje, seleccionando además casos paradigmáticos, reales o no, señalando los criterios éticos en la toma de decisión y prestando especial atención a la red de significados culturales. También se han de considerar normas

ya elaboradas y los principios éticos que rigen en la institución.

En la provincia de Mendoza funciona el Concejo Provincial de Bioética, que integra una red provincial de comités de Bioética, que tiene reglamentado el contacto y la asesoría con los integrantes de la red. Como objetivos específicos se fijó:

- Posicionar la tarea del Consejo Provincial.
- Formar Recursos Humanos en Bioética en todos los hospitales.
- Asesorar en cuestiones de Bioética a los distintos poderes del Estado.
- Representar los intereses de los usuarios, clientes o pacientes.
- Planificar y ejecutar actividades de formación: jornadas, talleres, ateneos, etc.
- Promover, facilitar y ejecutar tareas de extensión a la comunidad.
- Proponer, difundir, discutir, consensuar e implementar normas éticas a nivel institucional.
- Promover, apoyar y realizar investigación en Bioética.

- Incorporar nuevos modelos de toma de decisiones en la atención de la salud y asesorar a los distintos Comités en su funcionamiento.
- Lograr incluir los principios bioéticos, valores y virtudes en todos los integrantes del equipo de salud.

Los integrantes del Comité Hospitalario deben participar en la educación en Bioética de todo el personal de la institución, de los pacientes y su familia, y de la comunidad en la que están insertos.

No hemos considerado en el libro de actas las actividades docentes de cada uno de los integrantes, ni las actividades fuera de su ámbito, como por ejemplo la organización y participación en siete Jornadas Cuyanas de Bioética, realizadas anualmente a partir de 1994, o la participación mensual en el Ciclo: Reflexiones Bioéticas, organizados por el Centro Cuyano de Bioética, desde 1994.

Tres de los miembros del Comité son miembros del Concejo Provincial de Bioética. El comité a través de la Red de Comités Hospitalarios de Ética está intentando lograr un nuevo desafío: pasar del hospital al Centro de Salud y a la comunidad, para lograr la promoción de hábitos saludables para que cada uno pueda cotidiana y responsablemente ocuparse de problemas referidos al nacer, enfermar y morir.

En el momento actual se está tratando de instalar en la sociedad el debate

y deliberación de los derechos y deberes de los pacientes, los integrantes del equipo de salud y las instituciones; cuyo texto ha sido consensuado en la Red de Comités Hospitalarios de Bioética.

DIFICULTADES DEL COMITÉ

La introducción de un Comité de Ética en una institución constituye un cambio importante en la misma. Como todo cambio puede ser visto por la gente como amenaza, ésta genera temor y el temor da lugar a la oposición.

La oposición al cambio puede manifestarse de diferentes formas: pasiva, irracional, pseudoreal, colectiva. Será necesario transformarla en activa, racional, real e individual.

Entre las causas podríamos encontrar al escepticismo por los resultados, la falta de información sobre el Comité, la duda sobre la capacidad propia de asumir los cambios propuestos por el comité y la inseguridad por el propio confort en el trabajo después de los cambios propuestos. De allí la necesidad de proporcionar información, proporcionar formación y capacitación y pactar condiciones.

Muchos profesionales pueden considerar a la Bioética como disciplina "no científica" y entender como importantes sólo los problemas técnicos. Hay que afirmar la necesidad de que no se conseguirá calidad en la atención de la salud si en las decisiones no se consideran aspectos éti-

cos. También en este sentido la labor formativa es de la mayor importancia y necesita del apoyo de las autoridades institucionales.

La vida del Comité Hospitalario de Ética también dependerá entre otras cosas de que sus miembros sientan y sepan que están realizando un trabajo ordenado, científico y humano. Donde cada uno conozca cómo se está trabajando, en qué momento de la discusión se encuentra y pueda hacer las preguntas y pedir las aclaraciones del caso en el momento oportuno, sin temor a interrumpir la deliberación. Esto, que podría parecer un detalle secundario, es muy importante ya que en el Comité hay miembros de distintas extracciones culturales, religiosas, académicas y lo obvio para unos, puede ser confuso e impreciso para otros. Se debe facilitar la comunicación para lograr que los integrantes puedan deliberar adecuadamente. Una de las tareas más difíciles al principio es lograr un discurso común, compartido y construido por todos los integrantes, (distintos profesionales y legos). La función es ilustrar y proveer lo que unos y otros aportan generosamente.

Los médicos pueden estar preocupados al pensar que desde los Comités se les pueden sustraer sus prerrogativas de decisión y transferirlas a grupos no médicos, que fiscalizan y limitan la libertad profesional.

Esta idea desaparecerá cuando el Comité Hospitalario de Ética, que siempre aconseja y apoya, gane con su accionar,

credibilidad y prestigio, manteniendo su excelencia y metodología. También se hace necesario que el Comité sea capaz de transmitir el carácter racional, plural, no religioso o civil de la Bioética.

El número creciente de consultas que llegan al Comité induce a pensar que el equipo de salud está comenzando a aceptar que existen problemas éticos y no solamente técnicos en la atención de la salud.

Otro elemento que ayuda mucho a la vida del Comité Hospitalario de Ética es que, dentro de éste, nadie tenga privilegios y no existan jerarquías profesionales. Esto no desvaloriza el trabajo de los miembros, por el contrario, los coloca en su nivel ético de libertad particular.

El hecho de que el Comité Hospitalario de Ética no sustituye, ni se confunde con el Comité Deontológico o de Disciplina y no tiene funciones de control sobre el médico o el equipo de salud, le permite "no juzgar", tarea propia de los tribunales, sino "guiar", "iluminar", la responsabilidad de los integrantes de los equipos de salud.

El Comité puede también realizar un rol muy especial, cuando deba afrontar problemas ya no de médico - paciente, sino entre los integrantes del equipo de salud, por ejemplo: médico - médico, o entre integrantes de distintos servicios, porque sus características científicas y humanas ayudarán a brindar un marco de referencia para que dichos conflictos no afecten la mejor atención posible al paciente y su familia⁴⁸.

Otra dificultad importante que puede tener el Comité es la disponibilidad horaria de sus miembros y la falta de recursos económicos que dificultan la formación ya sea por lo difícil de la adquisición de bibliografía o la concurrencia a eventos educativos.

El problema más relevante es la especialización de por lo menos uno de sus miembros.

La interdisciplina está definida en el diccionario de ciencias de la Educación⁴⁹ como "Una de las modalidades de relación científica que requiere relaciones de reciprocidad o compilación entre las ciencias y disciplinas, de suerte que en todas ellas se promueven cambios, inclusión mutua de conceptos, redefiniciones, que puedan incidir desde el plano terminológico a la elaboración de nuevas estructuras epistemológicas".

Por lo tanto es un proceso en el que distintas áreas del conocimiento interactúan en busca de una lógica del descubrimiento, de una comunicación entre los campos del saber de una apertura mutua. La interdisciplinariedad surge al abordar un problema o un objetivo común con la concepción de distintas disciplinas. Tanto en las disciplinas involucradas como en los profesionales que las ejercen nace un proceso que hace que elaboren sus propios constructos. Cada uno retorna a su ámbito, enriquecido. El proceso involucra resignificaciones sucesivas, un devenir conceptual, una comunicación y colaboración entre los saberes y un examen de las con-

secuencias conceptuales⁵⁰.

El hecho de abordar el estudio del hombre desde distintos puntos enriquece la idea de unidad y de diversidad humana. Se posibilita la construcción de redes progresivas, hipotéticas, fundadas en la interpretación reflexiva de la realidad.

El hombre en sí mismo es una unidad y diversidad; se da la hominización y un fenómeno cultural posibilitador de diversidades naturales.

Tanto más complejos sean los sistemas vivos, mayor es su posibilidad de desorden y la utilización de éste para el desarrollo. La interdisciplina implica la construcción de redes significativas, con puntos de convergencia de lo conceptual, metodológico, axiológico y epistemológico. No se subordina un ámbito a otro, sino que existe una organización activa, dinámica que interacciona. Cada integrante del Comité trae a esta experiencia su bagaje previo y se apropia de otros aportados por las otras ciencias. Todos y cada uno comprenden que su campo de estudio posee aspectos que no pueden ser captados sin la ayuda de otras ciencias. En la interdisciplinariedad consideramos una penetración a la conceptualización, a la teoría, al espíritu y a la metodología de cada disciplina.

Desde la Bioética el primer paso de interdisciplinariedad es su relación dialógica y situacional. El grupo interdisciplinario en Bioética implica un real proceso de aprendizaje grupal e interactivo donde el representante de cada disciplina intenta

apropiarse del campo conceptual, axiológico y metodológico de los otros profesionales.

La síntesis de la reflexión bioética constituye la posibilidad de la resignificación teórica, es el proceso de transdisciplinariedad. Esta noción es más nueva y fascinante. Implica una trascendencia, una nueva instancia científica, una convergencia, una perspectiva de objetivos que sobrepasa a las disciplinas particulares, que reunirá en el saber las distintas epistemologías. Hay convergencia de todas las disciplinas sobre cada una de ellas.

La transdisciplinariedad impulsa a la convergencia de las distintas disciplinas, que surgen con sus lenguajes y métodos propios en la investigación. La transdisciplinariedad es una instancia que posibilita la transubjetividad entre disciplinas que permite resolver las diferencias en los dilemas que plantea al hombre la tecnociencia.

Ambas, la inter y la transdisciplinariedad son espacios de construcción colectiva. Las distintas disciplinas y los profesionales, interaccionan en forma dialógica e interpersonal y se contextualiza la experiencia en forma grupal.

Se constituye un grupo que estimula y une a los integrantes, que proyectan y realizan formas de sentir concordantes, construyendo una unidad diferente con respecto al mundo. En esta subcultura los valores específicos tienen una particular fuerza.

El Comité entra en acción, con un objetivo común en el que se vinculan los objetivos individuales, se instala la convergencia de los comportamientos y los significados. Se elabora una metodología de trabajo grupal con una organización coherente desde el interior del grupo sobre el exterior. El Comité funciona en la medida que los integrantes aportan equilibradamente sus energías y sus afectos por medio de intercambios que mantienen constantemente con su esfuerzo.

REPERCUSIÓN INSTITUCIONAL

Tomando como eje al paciente individual, el hospital puede organizar distintos subsistemas para lograr sus metas.

Las relaciones entre el equipo de salud resultarían ineficaces sin la mediación de la ética. Entendemos la ética de una organización no orientada solamente a la eficiencia sino a la Calidad Total. La calidad de los integrantes del equipo de salud, no sólo como profesionales sino también como personas, es la respuesta adecuada a los problemas de la humanidad que sufre.

Es necesario poseer un gran principio de conocimiento: el principio de nuestra ignorancia, de nuestras inmadureces, de nuestros límites. Esta conciencia es hija de la humildad. Es ésta una dote indispensable para los integrantes del equipo de salud que deben enfrentar

cada día situaciones complejas y particularmente la subjetividad del paciente y su familia.

La estructura de las decisiones éticas como modelo de argumentación ética - científica, es el resultado de una complejidad de elementos que no son sólo empíricos sino también trascendentales como los valores de la dignidad de la persona y la originalidad del cuerpo de cada hombre, y por consiguiente de su nacer, su enfermar y morir.

Los valores a tener en cuenta en la relación sanitaria son de dos tipos: abstractos (los de la ética) y concretos (los de la ciencia).

La virtud del buen médico consiste en conjugar los valores abstractos y los concretos en una estrategia única que exprese su convicción técnico - científica (valor práctico) con la convicción ética de hacer el bien a la persona.

Si consideramos el respeto a la dignidad de la persona humana como valor que se debe absolutamente salvaguardar, establecemos un orden en el que los valores científicos profesionales pertenecen a una jerarquía de valores estrictamente ligada, pero no subordinada a la primera.

En la medicina de hoy hay que agregar a la ciencia del médico, el deseo de mejorar del paciente. Para esto se hace imprescindible la veracidad en la relación terapéutica.

Las normas morales y profesionales que guían la conducta del médico surgen de dos jerarquías de valores diferentes, la

empírico experimental de la ciencia y la psicosocial de la ética.

También la acción médica o de la enfermería debe estar unida a un tipo de decisión que tenga en cuenta las dos finalidades propias de la estrategia clínica: el fin de la obra (el resultado eficaz) y el fin del obrar (intención de realizar una acción buena).

La acción médica debe hacer coincidir la voluntad original intencional de ayudar al enfermo en toda su dimensión, espiritual, corporal y social.

Cada vez se hace más necesario plantearnos el modo de actuar, sobre todo el dónde y el cuándo actuar. La ética debe tender en el hospital a definir el bien común, indicar principios para la distribución equitativa de los recursos disponibles, establecer mecanismos para el control del funcionamiento de los programas, individuar modelos para la valoración de los resultados.

Cada integrante del equipo de salud responsable, consciente de formar parte de un sistema, se hace cargo del funcionamiento de la organización hospitalaria, empeñándose para que sea capaz de producir salud, según su misión.

La ética de la organización impone que el hospital sea considerado como un bien común donde cada integrante del equipo de salud asume humildemente su parte de responsabilidad.

Los cuatro componentes fundamentales del hospital: los recursos humanos, los recursos físicos, los recursos

financieros y los técnicos, constituyen un sistema cuya reglamentación y funcionamiento dependen de las leyes de la economía, pero asumen un sentido ético político en cuanto "servicio global" que debe funcionar para la salud de los ciudadanos conforme a la orientación del Estado.

Hay que superar la misma teoría sistemática: "un sistema es más que la suma de sus partes", porque el compromiso ético de producir salud no pertenece a una estructura (planta física, técnica, económica clínica), sino que es de todo el hospital en su conjunto.

El compromiso ético que es extrínseco al funcionamiento, se basa en el principio de la reciprocidad. De ahí que podamos afirmar que ninguno de los actos realizados por un integrante del equipo de salud permanece aislado, sino que produce efectos que se pueden cuantificar y medir en todo el sistema.

Por lo tanto la ética de la organización consiste en:

- Diseñar instrumentos analíticos y estrategias coherentes para medir los efectos de cada acción efectuada.
- Responsabilizar y motivar a todos los componentes a asumir el mismo modelo funcional.
- Calcular equitativamente las inversiones con relación a los fines de la Sociedad - Estado y a los recursos disponibles.
- Evaluar los resultados para adecuar periódicamente (o mejor continuamente) los medios a los fines.

La empresa es difícil, pero sin estas metas y la formación coherente del personal no podremos conseguir salud para todos.

Desde esta concepción, a diferencia de lo comunicado por la mayoría de los autores no creemos que un Comité de Ética Pediátrico tenga características diferenciales importantes.

PERFIL DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ÉTICA

No consideraremos en este momento las habilidades y conocimientos⁵¹. Solamente proponemos algunas de las actitudes que creemos deben poseer los integrantes de los Comités.

Desde la perspectiva socrática se requiere sobre todo de actitudes y caracteres y ha de estar dotado de un cierto carisma: el don de la mayeútica⁵², que constituye la antítesis del adoctrinamiento paternalista y manipulador.⁵³

-Deberá tener una actitud pluralista, que acepta el principio que la realidad es pluralista y el hombre mismo lo es.

Que entiende que nada que sea humano se puede entender en un único sentido. No existe ninguna antropología, ni sociedad, ni ideología que haya agotado el sentido total del hombre y de la

realidad. El hombre es un ser no acabado, es un ser en devenir, es una infinitud - finita. Por lo tanto ninguno es dueño de la verdad completa, no se puede reducir a una la visión del mundo.

La actitud pluralista no permite al absolutismo, el fanatismo ni el reduccionismo. Impide orientarse a un único valor, impide compartir una concepción exclusiva de la verdad, impide que sólo haya una interpretación de la verdad.

Hay que aclarar que tener una actitud pluralista no equivale a una postura relativista ni a que todo vale. También hay que tener en cuenta que para que pueda existir el propio pluralismo tiene que tener límites.

- Deberá tener una actitud de tolerancia.

Tolerancia sobre todo significa un método de discusión: implica no suspender nuestro juicio, sino renunciar a utilizarlo como fundamento de persecución, como argumento de autoridad.

Desde Locke, con su carta sobre la tolerancia de 1658, la tolerancia es una de las virtudes más promocionadas. Permite el pluralismo ya que sin libertad de argumentar no podría existir. En una sociedad tolerante lo respetado son las personas.

- Una actitud de diálogo: por lo cual aunque no entendemos lo que otros piensan, ni aprobemos lo que otros hacen, tenemos la esperanza de que la relación con diálogo tiene sentido.

El sentido, de que lo nuestro es estar juntos y que juntos trabajamos mejor. La comprensión genera libertad.

-Una actitud de participación: todos son necesarios, todos tienen visión de futuro y por lo tanto todos son necesarios.

La participación fomenta la solidaridad y exige ser escuchado en la toma de decisiones.

-Una actitud utópica: que se opone radicalmente a cualquier dogmatismo y determinismo. Es enemiga de cualquier definición absoluta y por lo tanto es siempre relativa.

-Una actitud de solidaridad: el propio bien incluye necesariamente al otro.

Una sociedad que excluye individuos o que los condiciona con prejuicios en su desarrollo no puede ser saludable.

-Una actitud legislativa: es la protección por medio de la legislación.

-Una actitud educativa: es preciso formar para transformar.

-Una actitud de pretensión de universalidad.

-Una actitud de antipoder.

-Una actitud de desinterés, generosidad y libertad.⁵⁴

-Una actitud prudente: la prudencia entendida en el sentido aristotélico de hábito y de justo medio entre dos extremos, es la virtud que corresponde al proceso de toma de decisión, por una parte ella como virtud intelectual percibe el fin que mueve el obrar, y por otra, ella como virtud ética, orga-

niza los medios para alcanzarlo. En este proceso de análisis y selección de los medios es donde radica la importancia de la deliberación. Sin ella y su forma específica de razonamiento, las decisiones que se toman no serán tales, no responderían a un acto humano y no se podría ser responsable de ellos ni de sus consecuencias.

También en el sentido kantiano, la prudencia es la actitud indispensable en el quehacer médico, aunque Kant se haya referido a otras actividades. Hay un momento muy importante en el método de la ética que corresponde a la prudencia, que flexibiliza la obligatoriedad universal del imperativo categórico frente a la exigencia de excepciones. Lo normal y ordinario está regido por el imperativo, y las excepciones son regidas por la prudencia, donde por el ejercicio de la razón y tratando de aproximarse lo más posible al fin establecido por el imperativo, puede violarse el cumplimiento estricto del mismo.

El modo de obrar en discordancia y como excepción se justifica en razón de las consecuencias, que en comparación con otras aparecen como mejores o más buenas.

Esta virtud no puede desarrollarse sólo con el conocimiento teórico de su importancia. Es necesario la ejercitación metódica de los procesos de toma de decisiones con regularidad, para que se incorpore su predisposición como hábito del ejercicio del sentido crítico.

LOS COMITÉ DE ÉTICA EN LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS

Dado que el presente trabajo se ha llevado en un hospital pediátrico, cabe preguntarse si tiene características propias por tratarse de una institución que atiende niños y adolescentes y por lo tanto si los Comités tendrían características particulares según las respectivas especialidades médicas de quienes los constituyen.

Parece evidente que los conceptos expuestos anteriormente poseen una generalidad que los hace aplicables a todos. El problema consiste en responder si es o no preciso agregar conceptos más específicos para los hospitales especializados.

Lo peculiar en los hospitales pediátricos es el hecho de que los pacientes, por ser menores de edad, no son capaces desde el punto de vista jurídico para tomar decisiones acerca de los tratamientos que han de recibir. Desde el punto de vista ético es cuestionable, por lo menos después de los 14 años.

El paternalismo en los niños consiste en considerar al menor como incapaz de tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo de modo racional y prudente: es decir, incapaz completo. Esta tesis fue formulada por Aristóteles en la *Ética a Nicómaco*, cuando dice: "Los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos, y sabios en caso de esa naturaleza y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes. La causa de ello es que la prudencia tiene por objeto también lo particular, con lo que

uno llega a familiarizarse con la experiencia, y el joven no tiene experiencia, porque es la cantidad de tiempo lo que produce la experiencia."

La cultura clásica griega, naturalista, consideró que sólo lo natural es moral y viceversa. Dividió la vida de las personas en 4 etapas: niñez, juventud, madurez y vejez, y consideró que en la juventud y la madurez se expresaban todas las potencialidades del individuo, y por lo tanto eran los más naturales. La niñez no fue considerada plenamente natural porque no se había completado el proceso de crecimiento, de "generación".

Platón consideró a la juventud como el momento de real plenitud y entre los jóvenes escogía a los guardianes de la república y a los gobernantes.

Aristóteles distinguió niños, jóvenes, maduros (akmé) y viejos. Sostuvo que el momento culminante de la vida era la madurez. En esta etapa se daba la plenitud moral y física, y eran los completamente naturales. Por su carácter ingenuo y por la inexperiencia, los niños y jóvenes no estaban en la plenitud de su carácter y no podían evaluar los problemas morales.

Los padres griegos consideraron a sus hijos como propiedad, cuyo origen era natural, tal como se expresaba en la Ética a Nicómaco. El niño estaba considerado, con respecto al padre, como un producto nacido de éste, y la relación padre-hijo implicaba un recono-

cimiento de éste hacia el mayor; por lo tanto, el niño era un minusválido físico, psíquico y moral, de propiedad de los padres, fundamentalmente del padre, y con obligación de obedecerlos y respetarlos.

Este concepto fue el único que existió hasta la era moderna.

Desde el siglo XVI, con el reconocimiento del sujeto adulto como ser con autonomía moral, y luego del paciente con sus derechos, lentamente se insinúan cambios en el concepto de menor totalmente incapaz.

La ética tiene en su base principios como el de universalidad y de imparcialidad o reciprocidad. Ninguno de ellos es natural. La naturaleza hace al hombre parcial. El niño es totalmente parcial y, por esto, el principio de universalización se adquiere tardíamente en la maduración psicológica del niño, como lo postuló Piaget en 1932, y posteriormente Kohlberg en 1958. Jean Piaget sostuvo que la formación moral del niño atraviesa por distintas etapas. De un estado amoral pasa a una primera etapa de adquisición y dominio de regularidades motoras, de respeto a la autoridad de los mayores. Se presenta entre los 3 y 8 años. Identifica las reglas morales con las leyes físicas y por lo tanto no tienen relación con los valores. Su realismo le hace identificar lo moral con lo real, y así considera que las normas morales son absolutas e intocables, como lo son las físicas.

Lentamente, entre los 8 y 10 años, va interiorizando las normas, predominan los principios internos y da menor importancia a las demandas externas. Atraviesa la segunda etapa, que es egocéntrica, y comienza a prevalecer el principio de equidad. Aún no hay conductas de interacción social.

La tercera etapa, convencional, está caracterizada por la existencia de expectativas y relaciones interpersonales. Se coloca en el lugar del otro. Esta etapa se extiende desde los 11-12 años hasta aproximadamente los 16 años. Comienzan acá la aparición de conciencia y reconocimiento y aceptación de normas sociales de convivencia. Al principio de manera pasiva, y luego reflexiva y consensuada.

En la última etapa, postconvencional, las normas son analizadas y criticadas bajo la luz de principios amplios. Puede reconocer y aceptar cuestionamientos que invaliden las reglas. Esta etapa está menos delimitada que las anteriores. Aparece a partir de los 16 años y luego se va fortaleciendo, con la jerarquización de los principios libremente aceptados y la posibilidad de incumplimiento de una norma establecida y válida en favor de otra considerada también legítima.

Kohlberg posteriormente completa y reforma los estudios de Piaget y elabora el sistema de evolución moral del niño en 3 niveles con 3 grados cada uno. Para él, el hombre adulto abandona las formas de pensamiento infantil y se estabiliza en modos de pensamiento más elevado.

NIVEL I: PRECONVENCIONAL

- Estadio 1: – 9 años: Moralidad heterónoma.
- Estadio 2: 9-11/12 años: Individualismo, finalidad instrumental e intercambio.

NIVEL II: CONVENCIONAL

- Estadio 3: 12-16 años: Mutuas expectativas interpersonales, relaciones y conformidad interpersonal.
- Estadio 4: después de 16 años: Sistema social y conciencia.

NIVEL III: POSTCONVENCIONAL O DE PRINCIPIOS

- Estadio 5: después de 22-23 años: Contrato social o utilidad y derechos individuales.
- Estadio 6: Principios éticos universales. Kohlberg, a diferencia de Piaget, piensa que el desarrollo moral se prolonga por más años y que muchos de los adultos no sobrepasan nunca el nivel convencional de desarrollo moral. Sólo algunos y a partir de los 22-23 años alcanzan la etapa postconvencional. Incluso muy pocos llegan al estadio 6, de principios éticos universales.

Para Dolto, la adolescencia comienza a los 11 años y termina alrededor de los 16 años, porque la sociedad occidental no lo permite antes. Para esta autora es una fase de mutaciones, que se inicia con la adquisición de la posibilidad de disociar la vida imaginaria de la real y finaliza cuando la angustia de los padres no produce ningún efecto inhibitorio.

La adolescencia, que no transcurre de igual forma en todos los adolescentes, también está caracterizada por la relativa emancipación en relación con la familia y el surgimiento de estrechos lazos con sus pares. Pueden surgir contradicciones entre los valores de la familia y del grupo en los aspectos superficiales y no tanto en los valores decisivos, que son los perdurables. En el momento de la independencia económica, podrá lograr la autonomía psicosocial: "Si los adolescentes fueran alentados por la sociedad a expresarse, eso les sostendría en su difícil evolución."

A finales de la década del setenta las teorías del desarrollo cognitivo y moral comienzan a intentar aplicarse a la toma de decisiones sanitarias. El objetivo es evaluar el grado de capacidad de niños y adolescentes para consentir distintas intervenciones médicas.

A partir de la década del ochenta, estos avances se generalizan, fundamentalmente en Estados Unidos, con influencia en la teoría legal, y posteriormente en Europa. Se comienza a aceptar que muchos adolescentes y preadolescentes poseen un desarrollo cognitivo y moral sufi-

ciente para permitirles tomar decisiones personales. Esto se concreta en la práctica, en diferentes países, con la disminución paulatina de la mayoría de edad (pasa de los 21 a los 18 años) y la emancipación (de los 18 a los 16 años). Aún más. Hoy se postula la figura del menor maduro, basada en el principio de que los derechos civiles o subjetivos existen en la persona desde el instante en que es capaz de disfrutarlos. Con frecuencia sucede antes de los 18 años. Como vemos, es de fundamental importancia resolver estos problemas, en cuanto a la capacidad del menor maduro para enfrentar en la práctica cotidiana de la pediatría los conflictos referidos a su salud, sexualidad y enfermedad, y la necesidad o no de tutela familiar.

La teoría del menor maduro ya ha sido aplicada en distintos países, aunque con dos restricciones: una hace al tipo de decisión y la otra a la edad. No hay hasta la fecha ningún juez que haya considerado maduro a menores de 14 años. Esto, fundado en el desarrollo evolutivo del niño.

Con respecto al tipo de decisión, los jueces han admitido la aplicación por parte del equipo de salud de la doctrina del menor maduro para las decisiones que implican bajo riesgo y gran beneficio. No la han considerado aplicable para aquellas decisiones de alto riesgo, como son la supresión de medidas de soporte vital. Sólo se ha utilizado el concepto en estas decisiones desde hace muy poco tiempo (1989, Tribunal Supremo de Illinois). Se

han considerado dos requisitos para estos casos. Uno es que los padres estén de acuerdo con la decisión y el segundo es que el juez aprueba explícitamente la capacidad del menor y por lo tanto los médicos deben consultarlo. Es el menor maduro el que consiente, pero es necesaria la conformidad de los padres. Si no hay acuerdo, es la justicia quien decide.

Muchos de los estados de Norteamérica han reformulado sus leyes para recibir estos conceptos.

El 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la "Convención sobre los Derechos del Niño", que fue suscripta por los cancilleres de los Estados parte, incluyendo al de nuestro país. El primero de los 54 artículos constituyentes dice: "Para los efectos de la presente convención, se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable." Creemos que la Convención, al referirse a niños, habla de menores y así marca el límite cronológico, a partir del cual una persona pasa de ser menor a ser mayor.

El artículo segundo dice: "Los Estados partes respetarán los derechos enunciados en la presente convención y aseguran su aplicación a cada niño, sujeto a su jurisdicción sin distinción alguna." La República Argentina el 22 de octubre de 1990 publicó en el Boletín Oficial de la Nación la Ley 23.849, ratificando ese tratado que, por haberse cumplido los plazos legales, no requirió decreto

de promulgación y entró en vigencia el octavo día posterior a su publicación, es decir, el 30 de octubre de 1990. Nuestro país hizo ley todo el contenido de la Convención, menos los incisos b, c, d y e del art. 21 que se refieren a la adopción, el inciso f del artículo 24 que habla de la planificación familiar y el art. 38 que restringe la intervención de niños en tropas militares, prohibiéndolas directamente. Además, la ley argentina extiende el sentido del art. primero al entender por niño a todo ser humano, desde su concepción y no desde su nacimiento, como postula la convención. Este concepto está de acuerdo con el criterio afirmado en el art. 63 del Código Civil.

Por el art. 31 de la Carta Magna, los tratados internacionales quedan equiparados a las demás leyes nacionales como parte integrante de nuestro derecho positivo. Al entrar en vigencia el nuevo texto de la Constitución Nacional, el 24 de agosto de 1994, se aprobaron varios tratados internacionales, entre los que figuran la Convención de los Derechos del Niño y se refiere a la mayoría de edad en el art. 75, inciso 22.

Sin embargo, el Código Civil en su art. 126, que se aplica actualmente, dice: "Son menores las personas que no hubieren cumplido la edad de 21 años." De acuerdo con esto, entre los 18 y 21 años están sometidos a diversas discriminaciones, como la autorización expresa de ambos padres para contraer matrimonio (o del que tenga la patria potestad o del

juez) ; no pueden salir del país, no pueden ingresar a las congregaciones religiosas, al ejército o a las fuerzas de seguridad; no pueden administrar, ni disponer de bienes que reciben a título gratuito; no pueden estar en juicios por sí mismos salvo en casos penales o laborales.

En el país hay diversos antecedentes en los que se ha respetado la mayoría de edad a los 18 años.

Como hemos ya referido, desde siempre las decisiones sobre la vida y el cuerpo del joven y el niño se han hecho buscando el mayor beneficio, aunque éste no coincida con el deseo y criterio del interesado. Si de lo que se trata es de la vida, la salud o el bienestar del niño, el mayor beneficio es sin duda la defensa de esos valores, aunque se contrarie su voluntad. Por esto los conflictos entre la beneficencia y la autonomía se han resuelto siempre en favor de la beneficencia, aunque esto lesionara la autonomía. Esta actitud genera un problema que consiste en el saber qué debe entenderse por mayor beneficio y quién debe definir esto. La respuesta clásica dice que determinar cuál es el mayor beneficio es algo que puede hacer cualquier persona en su sano juicio. Por lógica, esa responsabilidad y decisión han recaído siempre en los padres.

Así lo hacen diversos códigos civiles, incluyendo al nuestro, que hablan de patria potestad y tutela. Los hijos deberán obedecer a los padres si permanecen bajo su potestad y deberán respetarlos siempre.

En el caso de que los padres no interpreten bien el mayor beneficio o que actúen en perjuicio del menor, el juez tiene la potestad de suspender la patria potestad y promover la tutela del menor. Por consiguiente, la función del fiscal y del juez no consiste en establecer cuál es el mayor beneficio, que ya está definido, sino velar por que los padres respeten ese principio al decidir. Se parte de que el beneficio es objetivo. Éste es también el caso del médico. En la enfermedad se consideró por siglos que quien se encuentra mejor capacitado para saber objetivamente cuál es el mejor beneficio del menor es el médico. Por eso ni los padres pueden interferir en su juicio, cuando el bienestar, la salud o la vida del menor están en juego. Lo contrario sería un acto inmoral, como también antijurídico.

Este razonamiento es inobjetable, si es posible definir el mayor beneficio de un modo objetivo. Pero esto se ha hecho cada vez más difícil y el hombre moderno liberal lo acepta con reservas. En la definición de salud y enfermedad, siempre intervienen valores y éstos no son homogéneos en las sociedades pluralistas, y ese pluralismo axiológico está protegido por el derecho a la libertad de conciencia.

Los derechos humanos son valores, y como tales compartidos por todos los seres racionales. El pluralismo nunca puede ser absoluto y tiene que existir un ámbito exento de variabilidad. El cómo determinar ese ámbito es el problema. En

el presente siglo se postuló que el mundo de los valores es de gestión privada y que los valores públicos deben surgir del consenso racional entre los miembros de la sociedad.

Por esto, el mundo moderno debió distinguir entre la "beneficencia" o "mayor beneficio" y la "no maleficencia".

La primera queda a merced de los individuos de acuerdo con su propio proyecto de vida y sistemas de valores. A la no maleficencia se llega por el consenso racional y debe ser siempre determinada por el Estado. Esta diferencia puede resolver problemas de las personas adultas pero en el caso de niños y otros incapaces plantea nuevos problemas. Los niños menores de 12 años no tienen un sistema de valores propios y por lo tanto no pueden definir su propia beneficencia. Además el Estado y su representante, el juez, sólo pueden cuidar de la no maleficencia. Se plantea así el problema de cómo definir la beneficencia en caso de menores e incapaces. Tradicionalmente las decisiones se tomaban considerando lo que la familia, el médico, el juez o la sociedad consideraban lo que era su mayor interés. Actualmente esto no es posible, dado que la sociedad no puede ni debe definir el beneficio de la persona capaz o incapaz, sino protegerla del perjuicio. Esto no implica que no pueda intentarse definir el mayor beneficio. Tal supuesto le correspondería a la familia, no sólo porque los padres quieren a sus hijos, sino porque la familia es una insti-

tución de beneficencia. La familia es una comunión de ideales, un proyecto de valores. Así como decide la educación de sus hijos o lo inicia en una religión, tiene el derecho de dotar de contenido a la beneficencia del niño, siempre y cuando no traspase los límites de la maleficencia. De acuerdo con este concepto, ni el médico ni el Estado pueden definir cuál es el mayor beneficio del niño.

Otros hechos han reactivado el papel de la familia como un núcleo social afectado directamente por la enfermedad, hasta el grado de que se ha propuesto el concepto de relación médico-familia como complementario al menor, al de médico-paciente. Es en el seno de la familia donde surge una intimidad que hace que los integrantes se conozcan mejor, se involucren en intereses comunes y puedan crear un ambiente de consentimiento, en el cual se priorizan los vínculos de lealtad más que un estrecho principio de justicia.

La familia posee la función subrogante cuando el paciente no tiene o ha perdido la capacidad. Ella debiera estar en la mejor posición para respetar, cautelar y representar en la toma de decisiones al paciente incapaz.

El Estado debe vigilar que los padres y/o tutores respeten sus límites y no actúen en perjuicio del hijo. Tampoco el médico puede definir cuál es la beneficencia para el menor, aunque tradicionalmente lo haya hecho. Por esto, el consentimiento informado puede apli-

carse en pediatría. La diferencia con los adultos es que el consentimiento debe ser dado por los padres, sobre todo cuando se trata de un menor de 12 años o tenga poco juicio. Siempre deberá ser escuchada la opinión del menor y podría o no tomar la decisión. La familia es quien mejor conoce al paciente, sus pensamientos, sus deseos; lo ama y por lo tanto está en situación privilegiada para cautelar sus intereses y representarlo en su toma de decisiones. No obstante, en ocasiones pueden surgir conflictos, que ponen en duda la cautela de los intereses del paciente. En tales ocasiones, será necesario estudiar las opciones y ver cuál parece más beneficiosa al paciente.⁵⁵

Si bien con respecto a los niños y adolescentes hay que tener en cuenta los problemas de la información, como hemos afirmado anteriormente, no creemos que el Comité de Ética Pediátrico tenga características diferenciales importantes ya que se trata de una manera distinta de vivir la medicina en las sociedades democráticas de hoy; teniendo en cuenta no sólo a los hechos clínicos sino también a los valores involucrados en la relación sanitaria; utilizando las metodologías y herramientas que tengan en cuenta la realidad que siempre es previa a nosotros mismos y se nos impone.

Si lo fundamental es el respeto a la persona humana y a su dignidad esto no varía de acuerdo a la etapa de

crecimiento y desarrollo en que se encuentre. Los problemas podrán variar con la edad pero la metodología para resolverlos será igual.

CONCLUSIONES

Del análisis de los diez primeros años de funcionamiento del Comité Hospitalario de Ética surgen conclusiones importantes.

Su opinión ha sido requerida sobre todo ante desacuerdos de integrantes del equipo de salud entre sí o con el paciente y su familia.

Fue creado para dedicarse al análisis de casos individuales en situaciones graves o críticas, pero en forma casi imperceptible al principio, simultáneamente fue surgiendo la necesidad de normatizar conductas y procedimientos en y entre los servicios del hospital. Del análisis de casos muy complejos se pasó al de procedimientos y conductas del día a día, tan comunes como la elaboración de la historia clínica.

La deliberación en los casos individuales ha modificado significativamente los resultados al ser plasmadas en nuevas normas hospitalarias como consecuencia de dichas consultas. Ésta es una tarea que no habíamos percibido tan claramente cuando comenzamos a trabajar. Es muy significativo que durante todo el accionar del comité hay algo que se sucede con regularidad: se repiten varias consultas con problemas éticos semejantes, se elabora

una norma y comienza a consultarse otro tipo de problema hasta que se elabora otra norma y así se mantiene invariabilmente. No parece tratarse de un ciclo que ha de terminar en algún momento, sino más bien que siempre habrá nuevas metas a lograr. Así la función consultiva que creíamos la más importante, no es más que el mecanismo para señalar la necesidad a plasmar en normas y ambas se subordinan a la función docente que es la sobresaliente.

Al cuarto año se independizó el Comité de Ética de Investigación con miembros pertenecientes también al Comité Hospitalario y otros nuevos más adecuados a sus necesidades.

La utilización de un método estructurado, sistematizado, acordado previamente a la resolución de conflictos concretos asegura la imparcialidad de las decisiones aconsejadas a nivel individual.

La acción del Comité de Ética también modifica conductas más allá de los consultantes y se advierte un cambio a nivel institucional que fue evaluado a nivel nacional, obteniendo el primer premio a la Mejora Continua. Entonces decíamos: "Nos presentamos con orgullo a este premio porque nuestra calidad total y excelencia en la atención llegan tanto al cuidado y prevención de la salud infantil en la comunidad, como en la recuperación de la salud perdida y también al niño terminal y su familia, no dejándola luego de la muerte",⁵⁶ sino apoyándola y acompañándola antes, durante y después.

La labor del Hospital H. Notti se centra en el niño, el adolescente y la familia. Hacia ellos se dirigen sus acciones y se busca trabajar para la salud integral. En este enfoque, lo prioritario es el paciente y coincide con su modelo médico distinto del tradicional. Con una concepción que respeta la dignidad humana y su autonomía como manifestación de su libertad.

Se atienden niños desde recién nacidos hasta adolescentes. Tanto los servicios de atención directa, los intermedios y de apoyo están animados en esta concepción, manteniendo características que los identifican.

Por otra parte, considerando al propio personal como cliente se tiende a garantizar la calidad laboral; así ellos pueden transmitir lo mejor de sí a los pacientes.

Otros clientes son otras instituciones, municipios, entidades intermedias, organizaciones no gubernamentales, alumnos de grado y postgrado de la provincia y de otras provincias, y ocasionalmente del exterior.⁵⁶

En la nueva organización hospitalaria, el Hospital H. Notti es líder. Por la descentralización, la autogestión y por ser una empresa HUMANIZADA con los clientes internos y externos. La tecnología médica que ha aumentado la eficacia de sus procedimientos y la seguridad de muchas prestaciones, logrando diagnosticar y tratar patologías, que hasta hace poco eran impensables, requiere un es-

fuerzo de máxima intensidad para que este avance sea acompañado de un proceso de humanización.

Las conductas que se toman en salud sean a la cabecera del enfermo o en la planificación de las políticas de la institución, tienen un enfoque interdisciplinario.

La posibilidad de brindar calidad en la atención de la salud, desde el punto de vista Bioético, se facilita cuando asienta en las convicciones, normas éticas, médicas y principios institucionales.

Los integrantes del equipo de salud en el hospital debemos abrírnos al cambio "desde adentro".

El clínico que concibe los valores morales como el alma de la medicina es el LÍDER que concebimos cuando cumple con el DECÁLOGO que orienta nuestra actividad:

1. LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO ES NUESTRO PRINCIPAL INTERÉS.
2. EL QUEHACER ASISTENCIAL ESTARÁ GUIADO POR EL AMOR AL NIÑO.
3. SIEMPRE SE CONSIDERARÁ EL INTERÉS DEL NIÑO Y EL RESPETO A SU DIGNIDAD.
4. SOMETEREMOS NUESTRA OPINIÓN Y AMOR PROPIO A LA VERDAD CIENTÍFICA.
5. TODA DUDA QUE SURJA EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO SERÁ SOLUCIONADA CON LAS CONSULTAS NECESARIAS.
6. NUNCA SERÁN LESIVAS PARA EL NIÑO LAS PRÁCTICAS DE DOCENCIA Y/O INVESTIGACIÓN.
7. EL NIÑO INCURABLE TAMBIÉN SERÁ

AMADO, RESPETADO Y CUIDADO.

8. SE BRINDARÁ LA INFORMACIÓN ADECUADA A LOS PADRES, COLEGAS Y/O INSTITUCIONES QUE INTERVENGAN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO.

9. EL BIEN DEL NIÑO GUIARÁ A LOS PADRES AL OTORGAR SU CONSENTIMIENTO.

10. CURAREMOS A VECES, ALIVIAREMOS FRECUENTEMENTE Y AYUDAREMOS SIEMPRE AL NIÑO Y A SU FAMILIA.

También queremos expresar como reflexión, que hacer el bien y ser solidario, con el otro, con nuestro prójimo, con nuestro semejante, con el hombre, con el usuario, son virtudes y prácticas que deben acentuarse justamente en los momentos que se debilitan por el dolor físico o moral o por circunstancias sociales o ambientales o por la proximidad de la muerte o por la ancianidad o por la cronicidad de sus dolencias, es decir las condiciones cotidianas de trabajo del equipo de salud.

Y no debe debilitarse como ocurre frecuentemente, por omisión de quienes asumimos la responsabilidad y el compromiso de tomar al paciente, al enfermo, que no ha perdido la condición humana ni sus derechos esenciales por ese motivo. Y que además depende en gran medida de nuestro saber, de nuestra conducta y de nuestras decisiones.

Finalmente consideramos que los Comités Hospitalarios de Bioética son una eficaz herramienta para lograr que los servicios de internación sean justos y efecti-

vos, ya que constituyen a desarrollar acciones técnicamente apropiadas, políticamente factibles y éticamente sustentadas.

Creemos que los Comités de Ética constituyen una gran oportunidad, no sólo para definir conductas en casos específicos o brindar un marco de apoyo al profesional, para la toma de decisiones, sino para compartir un espacio en el ámbito de los hospitales y organizaciones de salud, de reflexión y de encuentro, sobre las finalidades organizacionales y para evaluar en qué medidas se corresponden con la realización o cómo nos acercamos a ellas. Creemos que contribuyen a humanizar nuestro trabajo y la cohesión del equipo de salud.

La Bioética excede el campo técnico y taxativo, es una actitud, una conducta personal, de quien debe tomar una decisión, un modo de vivir la medicina, por eso los Comités no sólo son grupos de reflexión y de apoyo, sino también la posibilidad de mirar con sentido autocrítico nuestra labor como miembros de una organización de salud. Por esto también, la responsabilidad principal de la conducción de la organización hospitalaria sobre este tema, la necesidad y responsabilidad de definir claramente su posición al respecto, de ser coherente en su toma de posición y de brindar su ejemplo asumiendo conductas que orienten al equipo de salud.

No sólo deben existir Comités de Ética, sino la consideración de los principios y valores por ellos considerados, claramente formulados y fundamentados,

en todos los proyectos, problemas y desarrollos que encare la institución. Porque las conductas éticas no están aisladas del conjunto de acciones que se realizan a diario, ni de sus consecuencias económicas, ni del modo o calidad en la producción de los servicios.

También vislumbramos que ha llegado el momento y la madurez para discutir prioridades en el uso de los recursos para la salud y el acceso equitativo a los servicios.

La tarea es trascender del campo individual y penetrar en el debate social y que la medicina esté al servicio de la salud de las personas sobre la base de la dignidad. Por eso, la Bioética ha de pasar del hospital al centro de salud y a la comunidad.

El desafío es contribuir desde los Comités de Ética a que la medicina sea eficiente, actualizada científicamente, filosóficamente sólida y a la medida del hombre, vale decir humanizada.

Nuestra Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo cuenta con los instrumentos o herramientas necesarias para aprovechar sus propias fortalezas y subsanar sus debilidades, para responder a las expectativas que la sociedad sigue depositando en ella.

Resulta realmente crucial que este momento de nuestra propia historia nos encuentre preparados, teniendo en cuenta que tal vez nunca como ahora se palpa la conciencia de que el futuro está signado por el desarrollo de la educación y la ge-

neración de conocimiento y, a la vez, la coyuntura por la que pasa nuestro país presenta obstáculos serios, especialmente de tipo presupuestarios, para el logro de este objetivo que no puede sino ser un Objetivo Nacional.

Para nuestra Facultad, cumplir con su parte de responsabilidad resulta un desafío entusiasmante. Ofrecer una

maestría en Bioética, con módulos que puedan efectuarse como cursos independientes es un desafío que puede fundamentarse en la necesidad de formación profesional de sus docentes y una necesidad provincial y regional: la formación de los integrantes de los Comités Hospitalarios de Ética y el desarrollo de los Comités de Atención Primaria.

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI (EX EMILIO CIVIT)
MENDOZA - ARGENTINA

PERIODO = 10 AÑOS = 15-6-89 AL 16-6-99

TOTAL SESIONES = 200

MIEMBROS FIJOS = 13

TOTAL DE INVITADOS = 76

FUNCIÓN: CONSULTIVA, NORMATIVA Y DOCENTE CLASIFICADA POR AÑO												
AÑOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	
FUNCIÓN CONSULTIVA	11	8	15	17	23	21	20	21	12	17	144	
FUNCIÓN DOCENTE	3	2	2	9	7	7	3	3	8	8	52	
FUNCIÓN NORMATIVA	2	2	2	1	1	1	1	-	1	2	13	
TOTAL SESIONES	15	11	17	29	28	19	24	19	14	24	-	200

Fuente: Libro de actas Hospital Emilio Civit - Humberto J. Notti.

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI (Ex Emilio Civit)
MENDOZA - ARGENTINA

COMPOSICIÓN: 8 - 13 MIEMBROS

- MÉDICOS
- ENFERMEROS
- ADMINISTRATIVOS
- TEÓLOGO
- ABOGADO
- FILÓSOFO
- REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD
- MINISTRO RELIGIOSO
- PACIENTE O SU FAMILIA

FUNCIONES

- CONSULTATIVA
- DOCENTES
- NORMATIVA
- REVISORA DE DECISIONES

Fuente: Libro de actas hospital emilio civit-humberto j. notti

PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN

1. RECOLECCIÓN DE ANTECEDENTES

2. IDENTIFICACIÓN DE LAS OPCIONES

3. EVALUACIÓN

I. El sistema de referencia moral (ontológico)

- La premisa ontológica: el hombre es persona. Y en cuanto tal tiene dignidad y no precio.
- La premisa ética: en tanto que persona, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

II. El esbozo moral (deontológico):

- Nivel 1: No - maleficencia y Justicia
- Nivel 2: Autonomía y Beneficiencia

III. La experiencia moral (teológica):

- Consecuencias objetivas
Desproporcionado o de nivel 1
Calidad de vida extraordinario
- Consecuencias subjetivas o de nivel 2

IV. La verificación moral (justificación)

- Contraste el caso con la regla II.
- Compruebe si es posible justificar una excepción a la regla III.
- Contraste la decisión tomada con el sistema de referencia I.

4. DECISIÓN.

5. ACCIÓN.

6. REFLEXIÓN.

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA

NÚMERO DE CONSULTAS

CLASIFICADAS EN 10 AÑOS SEGÚN DEMANDA DE PADRES, MÉDICOS O ENFERMEROS POR CONFLICTOS DE VALORES EN LA ATENCIÓN.

MÉDICO	MÉDICOS	58
MÉDICO	PADRES	48
MÉDICOS	MÉDICOS - PADRES	4
PADRES	MÉDICOS	3
MÉDICOS - ENFERMEROS	PADRES	2
ENFERMEROS	MÉDICOS - PADRES	4
OTROS		25
TOTAL		144

Fuente: Libro de Actas Hospital Emilio Civit - Humberto J. Notti

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI (Ex Emilio Civit)
MENDOZA - ARGENTINA

REPETICIÓN DE CONSULTAS ÉTICAS DURANTE 10 AÑOS,
CLASIFICADAS SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA

TERAPIA INTENSIVA	25
CLÍNICA	22
HEMATOLOGÍA	11
ONCOLOGÍA	10
CARDIOLOGÍA	9
NEONATOLOGÍA	9
GASTROENTEROLOGÍA	5

ENDOCRINOLOGÍA	4
ANESTESIOLOGÍA	4
NEUROLOGÍA	4
CIRUGÍA	4
SALUD MENTAL	2
NEFROLOGÍA	1

Fuente: Libro de actas hospital emilio civit - Humberto J. Notti

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI (Ex Emilio Civit)
MENDOZA - ARGENTINA

REPETICIÓN DE CONSULTAS ÉTICAS DURANTE 10 AÑOS, CLASIFICADAS SEGÚN CONSULTANTES EXTRAHOSPITALARIOS	
OTROS HOSPITALES	9
DIRECCIÓN EMERGENCIA SOCIAL DE LA PROVINCIA	3
JUEZ	3
ABOGADO	2
INCUCAI	1
ANÓNIMA	1
REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD	1

Fuente: libro de actas hospital emilio civit - Humberto J. Notti

COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI (Ex Emilio Civit)
 Mendoza - ARGENTINA

CONSULTAS EN 10 AÑOS POR CONFLICTOS INTERPERSONALES

- INTEGRANTES DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES ENTRE SÍ.
- INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, CON INTEGRANTES DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA.
- INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA ENTRE SÍ.
- INTEGRANTES DE FARMACIA Y SERVICIO DE REHABILITACIÓN VERSUS CLÍNICOS.
- INTEGRANTES DE LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA
- INTEGRANTES DE ENFERMERÍA Y AUTORIDADES DEL HOSPITAL.

Fuente: libro de actas hospital Emilio Civit - Humberto J. Notti

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI (Ex Emilio Civit)

FUNCIÓN NORMATIVA CLASIFICADA POR AÑO	
AÑOS	NORMAS
1	DECÁLOGO RECOMENDACIONES PARA HISTORIA CLÍNICA PROTOCOLO PARA TESTIGOS DE JEHOVÁ
2	SIDA DOLOR MUERTE CEREBRAL CUIDADOS PALIATIVOS
3	MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÉDICO DE CABECERA / EQUIPO

4	FUNCIONAMIENTO ENTRE SERVICIOS COMUNICACIÓN CONFIDENCIALIDAD INVESTIGACIÓN (SE SEPARA EL C.E. DE INVESTIGACIÓN)
5	CRITERIOS PARA TRANSPLANTES
6	DERECHOS - DEBERES PROCEDIMIENTOS EN SERVICIOS
7	COMUNICACIÓN PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO
8	CRITERIOS DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA
9	TERMINALIDAD INIRRECUPERABILIDAD
10	NO REANIMAR

Fuente: Libro de actas hospital Emilio Civit - Humberto J. Notti

BIBLIOGRAFÍA

1. Fracapani M. *Bioética. Limitaciones de tratamiento*. ed Lumen: Bs As. 1987.
2. Maliandi R. *Ética: conceptos y problemas*. ed Biblos: Bs As. 1991.
3. Bordin C, Fracapani M. *Comité Hospitalario de Ética*. Prensa Médica Argentina. 1995; 82: 836-841.
4. Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definitions of brain death: the definition of irreversible coma. *JAMA* 1968. 205: 6: 85-8.
5. Gustafson J. *Monolism, parental desires, and right to life*. *Perspect Biol Med*. 1973; 16: 529-57.
6. Tell K. *The physician's dilemma, a doctor's view. What the law should be*. 1975; 27: 1: 6-9.
7. Veach R. *Hospital ethics committees: is there a role?* *Hastings Center Report*. 1977; 7: 3: 22-5.
8. Noland K. *Report: imperiled newborns*. *Hastings Center Report*. 1987; 17: 6: 5-32.
9. Pless J. The story of Baby Doe. *New England Journal of Medicine*. 1983. Sep; 309: 11: 663.
10. Fracapani M, Bordin C. *Mielomeningoceles: "¿Triage?", ¿Terapia intensiva?*. *Medicina Pediátrica*. Sociedad Argentina de Pediatría. 1995; III: 5-8.
11. Robertson J, Fost N. *Passive Euthanasia of Defective Newborn Infant: Legal Consideration*. *Journal of Pediatrics*. 1976; 8: 883-889.
12. The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavior Research. A model bill to establish hospital ethics committees. En: *Deciding to Forego Life - Sustaining Treatment, Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washington: U. S. Government Printing Office 1983; Appendix F: 439-42.
13. Weir R. *Pediatric Ethical Adviser or Legal Watchdogs? Moral Dilemmas in Neonatal Medicine*. Oxford University Press: New York. 1992.
14. Fleischman A, Murray T. *Ethics Committee for Infants Doe*. *Hastings Center Report* 1983; 13: 6: 5-9.
15. Leikin S. *Children's Hospital Ethics Committee*. *American Journal of Disease of children* 1987; 141: 954-058.
16. Cranford R, Douders E. *The Emergence of Institu-*

16. *tional Ethics Committees. Law, Medicine and Health Care.* 1984; 12: 13-20.
17. Kliegman R, Mahowald M, Youngner S. In our interests: Experience and workings of an ethics review committee. *The Journal of Pediatrics.* 1986; 178-188.
18. Fost N, Cranford R. Hospital Ethics Committees. *Journal of the American Medical Association.* 1985; 253: 18: 2687.
19. Mc Iver Gilson J, Kimlrough Kushner T. *Will the Conscience of an Institution? become Society's Servant?*. Hasting Center Report. 1986; 16: 3: 9-11.
20. Smith G. *The ethics of ethics committee. Journal of Contemporary Health Law and Policy.* 1990; 6: 157-70
21. Gracia D. *Fundamentos de Bioética.* Eudema: Madrid. 1991.
22. Martín Rodrigo M. *Dieciocho años de experiencia de un comité de ética.* Todo Hospital. 1992 Sept; 89: 45-50.
23. Abel F, Bone E, Harvey J. *La vida Humana: origen y desarrollo.* Universidad Pontificia Comillas de Madrid: Madrid. 1989: 13-31.
24. Abel F. *Comités de Bioética: Necesidad, Estructura y Funcionamiento.* Labor Hospitalaria. 1994; 229: 163-146.
25. INSALUD - Regulación de los Comités de Ética. Circular 3/95.
26. Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical.* Tecnos: Madrid. 1986.
27. Cortina A. *Ética mínima.* Tecnos: Madrid. 1986.
28. op. cit 7: 22-25.
29. American Academy of Pediatrics: Guidelines for Infant Bioethics Committee. *Pediatrics.* 1977; 74: 306-310.
30. Wilson Ross J. *Handbook for Hospital Ethics Committees.* Ed. American Hospital Publishing: Chicago. 1986.
31. Bochatay A. *Bioética y Teología Moral. Comité Hospitalario de Ética.* Pontificia Universita Lateranense: Roma. 1993: 64-65.
32. Spagnollo A, Sgreccia E. *Lo Stato dell' Arte: Storia, Diffusione, Tipologie del Comitato di Bioética nei vari Paesi, en I Comitati di Bioética.* Storia, analisi, per poste. Horizonte Medico: Roma. 1990: 33-39.
33. Beca J, Kottow M. *Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria.* Serie Documentos Programa Regional de Bioética OPS/OMS: Chile. 1996.
34. Kottow M. *Temática y Funcionamiento de los Comités Institucionales de Ética-Bioética.* Publicaciones especiales 4. CIMBIO: Universidad de Chile. 1995.
35. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica.* Eudema: Madrid. 1991.
36. Gracia D. *Fundamentos de Bioética.* Eudema: Madrid. 1991.
37. Bordin C, Fracapani M: *Comité Hospitalario de Ética.* Prensa Médica Argentina. 1995; 82: 836-841.
38. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford University. New York. 1979.
39. Jonsen A, Siegle M, Winslade W. *Clinical Ethics: A practical Approach in Ethical Decisions in Clinical Medicine.* Mc Millan Publishing Co: New York. 1986.
40. Fracapani M, Giannaccari L, Bochatay A, Bordin C. *Bioética. Sus Instituciones.* ed. Lumen. Bs As. 1989: 179-205.
41. Reich W, editor. *Encyclopedia of Bioethics.* 2 ed. Simon and Shuster Mc Millan: New York. 1995.
42. op. cit. 40: 209-218.
43. The Hasting Center Report. *The goals of medicine: Setting new priorities,* nov-dec 1996.
44. Francesc Moreu. *Curso de Gestión de Instituciones de Salud* (disertación). Consorci Hospitalari de Catalunya SA. Consulting SA. 1998.
45. Kottow M, Sanchez W. *Comisiones Comités de Ética: Publicación Especial.* Programa Regional de Bioética OPS. 1994.
46. Aftalión E, García O, Vilanova J. *Introducción al Derecho.* Abeledo - Perrot: Buenos Aires. 1983: 116-118.
47. Kant E. *Crítica de la Razón Práctica.* El Ateneo: Buenos Aires. 1955: 35.
48. Bordin C, Fracapani M, Giannaccari L, Bochatay A. *Bioética. Experiencia Transdisciplinaria de un Comité Hospitalario Latinoamericano.* ed. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo: Mendoza. 1994: 71-72.
49. Interdisciplina. *Diccionario de Ciencia de la Educación.* ed. Diagonal Santillan: Madrid. 1983: 817.
50. Benoist J. *La interdisciplinariedad en las ciencias sociales.* ed. Tecnos UNESCO: Madrid. 1982.
51. Gracia D. op. cit 36: 51
52. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La Educación en Bioética de los Profesionales Sanitarios en España. Una propuesta organizativa.* Ed Asociación de Bioética Fundamental y Clínica: Madrid: 1999: 23.
53. Gracia D. *Curso de Bioética "disertación".* Madrid: Universidad Complutense. 2000.
54. Velasco F. *Presupuestos éticos de una sociedad plural en La Pregunta por la Ética.* Ed Universidad Pontificia de Salamanca: Salamanca. 1993: 162-181.
55. op. cit. 40: 397-405.
56. Hospital H. Notti. Premio Nacional de Calidad. Categoría hasta 1000 empleados. Bs As. 1997: 69
57. op. cit. 56: 19-23.

TRATAMIENTO DE UNA MUJER CON CONDUCTAS HOMOSEXUALES

UN RETO A LA BIOÉTICA
Y UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Dr. Lorenzo García Samartino

Es Doctor en Medicina con especialidad en Psiquiatría y Medicina Legal (Universidad de Buenos Aires)

Es Profesor Adjunto de la cátedra de Ética Biomédica, Psiquiatría y Psicoterapia en el Magister en Ética Biomédica dictado por el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina; Profesor Adscrito de la Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina (U.B.A.) y Profesor Adjunto en la asignatura Psiquiatría Forense, de la Cátedra de Medicina Legal (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, UCA).

Es Perito Médico del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. Asimismo, es miembro fundador de la Asociación Argentina de Bioética.

Integra el Comité de Ética del Sanatorio Mater Dei (Buenos Aires, Argentina)

Autor de numerosas publicaciones y artículos relacionados con su especialidad.

RESUMEN

Este trabajo describe el proceso psicoterapéutico de una mujer que presentó conductas homosexuales. Se detallan algunos de los trabajos que realizó con la técnica de Psicoterapia Simbólica. Se plantean aportes sobre los factores predisponentes de la homosexualidad y la postura bioética personalista. Se dis-

cute el papel que desempeñan las intervenciones bioéticas que, en el caso estudiado, se considera que colaboraron para que la paciente se encontrara con su identidad personal.

PALABRAS CLAVE

*HOMOSEXUALIDAD - PSICOTERAPIA - SIMBÓLICA
BIOÉTICA - SÍMBOLOS - MMPI-2*

OBJETIVO

El interés primordial de este trabajo es mostrar que un enfoque psicoterapéutico personalista crea un ámbito propicio para que la persona con conductas homosexuales que lo desee intente reestablecer una forma de pensar, sentir y obrar de acuerdo con la naturaleza de ser.

Este objetivo se revela a través del tratamiento y del cambio de actitud e incluso de sentimientos que se dio durante el mismo. También, se hace una concisa actualización en general de algunos aspectos relacionados con la homosexualidad.

IMPORTANCIA DEL TEMA

La homosexualidad es expresión, en general, de problemas adquiridos durante los primeros años de vida que hacen eclosión con más frecuencia en la adolescencia temprana o tardía y en la edad adulta. Se considera que una serie

de "heridas" psíquicas inferidas al niño por sus padres o la sociedad, y posiblemente una predisposición heredada, alteran la identidad personal y se manifiestan cuando ya es imposible retroceder en la historia vital del sujeto para modificarlas. Al estudiar el tema se coincide que la conducta homosexual es el resultado de múltiples factores, ni puramente determinada ni fruto de decisiones libres de toda predisposición.

El niño, llamado a desarrollarse como hombre con la ayuda de sus padres y del medio, con frecuencia no recibe los elementos imprescindibles para alcanzar dicho desarrollo. No se puede negar que participan factores genéticos o constitucionales, pero en la inmensa mayoría de los casos es la incomprensión, la falta de atención y el desamparo, es decir la falta de amor, la que les impide ser plenamente aquello para lo cual están llamados.

La capacidad de juzgar la corrección de los actos, la conciencia moral, se desarrolla simultáneamente con el desarrollo cognitivo. Es decir, el niño no ha desarrollado la capacidad para discernir sobre la moralidad del actuar de sus padres, para tomar aquello que le conviene a su desarrollo en vista a su deber ser. Tampoco tiene suficiente experiencia ni capacidad para elegir el comportamiento más adecuado para su futuro. Así, cuando el adolescente o el joven adulto se encuentra con una tendencia homoerótica u homosexual que por su

edad pueden valorar éticamente, puede no contar con suficientes recursos psicológicos o espirituales para resolver la situación; más, si adquirió hábitos que entorpecen el reordenamiento. Si en ese momento no encuentra personas que lo comprendan, lo alienten, le haga ver los límites de su responsabilidad y lo ayuden ser aquello que anhela ser, puede encerrarse en sí mismo y polarizar aún más esa tendencia.

Aquí, engarza la bioética. Porque, desde los medios de comunicación masiva y en ciertas ocasiones por afirmaciones de los mismos expertos no se favorece el desarrollo integral de las personas con tendencia homosexual sino que, con frecuencia, predomina una postura de aceptación de la alteración. Se puede pensar que a la sociedad de consumo le conviene definir la homosexualidad como una opción. Así no se ve obligada a aceptar y modificar los posibles orígenes socio ambientales, por ejemplo defender la familia, el desarrollo personal, la posibilidad de trabajo y educación, que implicaría un alto costo ideológico y económico. En cambio, al presentarla como opción, la responsabilidad cae sobre el sujeto. Si éste quiere modificar su conducta debe asumir sólo el desafío y los gastos. El peso del individualismo en la cultura

hace que el éxito o el fracaso se considere independiente de la responsabilidad social.

ENFOQUE BIOÉTICO GENERAL

Elio Sgreccia,¹ destaca distintos factores que tratan de explicar los comportamientos sexuales que se difunden en la actualidad. Cita el permisivismo hedonista, que coopera con la cultura industrial y postindustrial y que representa la sexualidad como consumo, sin riesgo y sin arrepentimiento. Para el hedonista, el centro de todo acto y esfuerzo humano es cualquier forma de placer, que sin duda es una cosa buena, pero que no es el verdadero significado de la bondad ni es en principio independiente de la misma. Por ejemplo, el placer de un acto sexual inmoral no es malo en sí mismo, lo condenable es el acto mismo y la disposición de entregarse a un deseo desordenado.

Lawler, Boyle y May,² focalizan el problema centrándolo en una doctrina filosófica que se expandió en la segunda mitad del siglo: el proporcionalismo. El énfasis está puesto en la proporción que se da entre el bien y el mal en todos los actos. "Según esta doctrina -explican los autores- una acción que por una parte sería inmoral, puede justificarse moral-

1 SGRECCIA E. *Manual de Bioética*. México, Editorial Diana, 1996.

2 LAWYER R., BOYLE J. M. y MAY W. E. *Ética sexual*. Pamplona, EUNSA, 1992.

mente si todo el bien o el mal que la acción conlleva supera, comparativamente, todo el bien o el mal que pudieran seguirse de elegir otras opciones. Por eso, su principio fundamental puede llamarse el principio del mayor bien o, más corrientemente, el principio del mal menor. El método proporcionalista se considera aplicable a todos los problemas morales, muchos moralistas lo usan sin restricción. Estos últimos se conocen, por lo común, como 'consecuencialistas' y tienden a considerar el principio del mal me-

nor como el único principio moral fundamental."³

El marco conceptual actual que explica la homosexualidad se nutre de un enfoque cultural que, según Sgrecia,⁴ es el resultado de una multiplicidad de factores coincidentes o sucesivos que mostraron aspectos de la realidad que, al no ser integrados orgánicamente en una concepción de persona trascendente, dieron origen a explicaciones o prácticas que disocian al hombre. Por la importancia que alcanzan

3 "El problema fundamental, manifiestan los autores citados, estriba en que el proporcionalismo lleva a negar muchas de las normas morales absolutas propuestas por la Iglesia. ... se desarrolló dentro de la Iglesia al principio de la década de 1960, como razonamiento para justificar el uso de anticonceptivos. La negación de normas morales absolutas en contra de la enseñanza que la Iglesia ha proclamado insistentemente supone, por otro lado, la negación de una norma moral fundamental, es decir, que no se debe hacer el mal aunque de ello pudiera seguirse un bien. Este principio, tal y como lo enunció San Pablo (Rom 3,8), y la Iglesia ha mantenido durante siglos, excluye la posibilidad de negar la existencia de normas morales absolutas, a partir del recurso o valoración de las consecuencias."

"Los proporcionalistas sostienen claramente que no son válidas las categorías morales más comunes que la Iglesia ha enseñado tradicionalmente y que, aún ahora, su Magisterio viene enseñando con insistencia. Generalmente, estos moralistas han defendido, frente a la doctrina recibida de la Iglesia, que no todo acto anticonceptivo es inmoral, que no todos los actos homosexuales o de fornicación son objetivamente malos y que no toda supresión intencionada de vida humana inocente está absolutamente prohibida.

"El proporcionalista supone que hay una diferencia radical entre las acciones que se definen por su evaluación y las que se definen solamente por su descripción. Esta diferencia depende de una de las distinciones más fundamentales desde su perspectiva, es decir la diferencia entre mal moral y premoral físico, o mal óntico. Los males morales son esencialmente actos y decisiones morales malos, que no se deben cometer moralmente por definición. Por ello, los proporcionalistas no permitirían el empleo de su método para justificar una acción ya determinada a ser moralmente mala. Esto lleva consigo la consecuencia importante de que nunca debemos actuar deliberadamente en aquello que lleve a otro a pecar.

"El mal premoral hace referencia a la falta de algún bien debido a una persona o a una cosa; los males premorales son realmente males, pero no tienen como tales un carácter inmoral. La enfermedad y la muerte son males premorales. Son claramente malos, pero carecen de ese carácter inmoral. El problema está en si las opciones que causan deliberadamente males premorales son opciones moralmente malas. La respuesta de estos autores es que se puede justificar moralmente una opción premoralmente mala, si existe una razón proporcionada, si se opta o tiende a optarse por ese mal como medio de realizar un mal menor en el caso en cuestión."

"En estos términos, la lógica fundamental del método de los proporcionalistas nos da pie para rechazar gran parte de la doctrina de la Iglesia en materia sexual, ya que buena parte de ella se centra en actos que pueden parecer afectar sólo a bienes premorales, por lo que se puede pensar, en numerosos casos, que el mal menor parecerá requerir que uno dañe o malogre el respeto por dichos bienes." Lawler, Boyle y May, op. cit.

4 crf. SGRECCIA E. Manual..., op. cit.

estos aspectos en el tratamiento de la persona homosexual, es conveniente continuar el hilo de pensamiento del mencionado autor.

Entre los factores más decisivos que nombra se encuentra el psicoanálisis freudiano, que afirma que no es la persona la que se expresa en la dimensión de la sexualidad, sino que es la sexualidad la que expresa y estructura la personalidad con sus dinanismos ligados a la profundidad del inconsciente.⁵

Sgreccia, en el campo filosófico se refiere al existencialismo de Sartre y los enfoques afines, que catapultados en los medios masivos de comunicación, incrementaron la visión nihilista de la vida, exaltando la experiencia sexual como forma libre de expresión y comunicación. El hombre deja de ser el artifice de una misión, para convertirse en un eslabón de una cadena evolutiva en la que el placer sexual puede amortiguar la repugnancia de vivir.

También cita al informe Kinsey,⁶ que a través de estadísticas descubre al-

gunos comportamientos sexuales de la sociedad estadounidense. Sus conclusiones presentan la sexualidad del hombre como una especie de vía final común. La respuesta depende de la suma de estímulos, sin necesidad de apelar a conceptos de bien o mal, lícito o ilícito. Para el autor americano existe un *continuum* entre la heterosexualidad y la homosexualidad; cada sujeto engrosa el porcentaje de una porción de esa continuidad pero siempre está dentro de una normalidad estadística, que puede no coincidir con ser normal en el orden del ser. Al encuadre de Kinsey, se pueden sumar los estudios de Master y Johnson.⁷

No se debe dejar de nombrar, entre los factores nombrados, el efecto de la ruptura de la vida familiar, ya por el desarrollo industrial o por la guerra; la forma determinista y relativista de ver la sociedad; y, la explicación de la realidad como resultado de la evolución.

Sgreccia, también toma en consideración la ideología neomarxista. Para ella, el hombre debe ser liberado no sólo

5 Las manifestaciones normales y las patológicas de la personalidad son "determinadas" por estos dinanismos. No solo el hombre sino sus manifestaciones, como la cultura y el arte, son el producto y la elaboración de estos dinanismos y de los llamados mecanismos de defensa. Una visión materialista de estas realidades extiende un manto de sospecha sobre el actuar del hombre. Todo se pone en duda. La mirada aguda y audaz de Freud desencadenó, quizá sin desearlo ni esperarlo, una concepción pansexualista y determinista de la persona: el sexo lo es todo, no se manda en él, las neurosis y los sufrimientos de la personalidad no se deben a otra cosa que a las represiones de la sexualidad. Éste es un motivo de crítica. La mentalidad materialista y pansexualista (por lo menos en la segunda etapa) de Freud, termina en el concepto de género actual, y en el 'uso' del sexo como un bien de consumo. SGRECCIA E. Manual..., op. cit.

6 KINSEY A., POMEROY W. B. y MARTIN C. E. *Conducta sexual del hombre*. Buenos Aires, Siglo XX, 1967.

7 MASTERS W. H. y JOHNSON V.E. *Human sexual response*, Nueva York, 1966.

del trabajo dependiente en la fábrica, sino también de la dependencia erótica y afectiva que se realiza en el matrimonio, así como de esa dependencia del espíritu que se da en la vida moral.

Este encuadre materialista fue alimentado económicamente por políticas demográficas a escala mundial fundadas en el neomaltusianismo que constataron que el libertinaje sexual, la disolución de la familia y la pseudoliberación de la mujer facilitaba una nueva forma de colonialismo.

Si no se nombraran los avances farmacológicos quedaría fuera del escenario un instrumento que facilitó al deseo un camino de aparente legalidad. La difusión y liberalización de la píldora anticonceptiva fue usada como un signo de los tiempos que subyugó incluso a moralistas católicos.⁸

INTRODUCCIÓN TEÓRICA AL TEMA LA SEXUALIDAD SEGÚN LA MORAL CATÓLICA

Sgreccia, que es uno de los representantes más conspicuos de la bioética

personalista, afirma que la sexualidad es una dimensión de la totalidad de la persona donde se reconoce la función complementaria y la igual dignidad de la mujer, el papel de la responsabilidad de los cónyuges en la regulación de los nacimientos (paternidadmaternidad responsable) y la función de la familia en la sociedad y en la Iglesia. Hay un pleno reconocimiento de la dignidad del cuerpo y de su significación coesencial en el amor esponsal y en la procreación.

La línea doctrinal de la Iglesia sostiene que existe una vinculación esencial entre sexualidad y matrimonio legítimo porque considera que el ejercicio de la sexualidad encuentra sentido y rectitud, plenitud humana y justificación, sólo en el matrimonio legítimo. Une la dimensión unitiva y la dimensión procreativa, que debe permanecer abierta a la vida y anclada en el acto conyugal.⁹

La sexualidad humana es la conformación estructural de la persona que significa toda la personalidad. Que el hombre y la mujer sean seres sexuados es un dato original, con una peculiar originalidad en cuanto se expresa el espíritu, y es un reflejo de la imagen de Dios. La sexualidad

8 LAWYER R., BOYLE J. M. y MAY W. E. *Ética ...*, op. cit.

9 La ley de Dios debe considerarse como una expresión de la sabiduría divina. Las cosas no son buenas porque Dios lo dice, sino que Dios lo dice porque son buenas. Sometiéndose a Su voluntad, la libertad se somete a la verdad de la creación. "Algunos hablan justamente de teonomía, o de teonomía participada, porque la libre obediencia del hombre a la ley de Dios implica efectivamente que la razón y la voluntad humana participan de la sabiduría y de la providencia de Dios." S. S. Juan Pablo II. Carta enc. *Veritatis splendor* (6 agosto 1993), 96: AAS 85 (1993), 41.

también marca el yo, no sólo el cuerpo. Por esto la persona no sólo tiene un sexo determinado, sino que es hombre o mujer.¹⁰

De esta visión omnicomprensiva de la sexualidad se derivan algunas consecuencias en el plano bioético. Ante todo, no tiene sentido el ejercicio de la sexualidad de manera autoerótica (masturbación), egoísta y en situación de provisionalidad, es decir, antes y fuera de la conyugalidad. Esa unidad indivisible de la entrega de sí mismo condena toda forma de poligamia, poliandria y divorcio, e incluso las relaciones extraconyugales ocasionales.¹¹ No es éticamente correcto un acto sexual entre un hombre y una mujer cuando es sólo un acto biológico, sin amor unitivo, afectivo y espiritual. La persona no se da en presta-

mo y 'por un tiempo' en la sexualidad.¹²

Respecto de la tendencia homosexual, en especial, la Asociación Médica Católica de EE.UU., en la declaración "Homosexualidad y Esperanza",¹³ se expresa: "Ciertamente hay circunstancias tales como desórdenes psicológicos y experiencias traumáticas, que pueden, a veces, hacer tal castidad más difícil, y aún hay condiciones que pueden disminuir significativamente la responsabilidad individual, en casos de faltas contra la castidad. Sin embargo, tales circunstancias y condiciones, no niegan la libertad de conciencia, ni eliminan el poder de la gracia. Aunque muchos hombres y mujeres que se sienten atraídos homosexualmente, dicen que esos deseos sexuales fueron experimentados como un "hecho dado"¹⁴ esto no puede implicar una predetermi-

10 En contra de algunas voces que se levantan en la actualidad, en la jerarquía de los bienes personales, el sexo no agota a la persona en su plenitud. El bien total de la persona ocupa el primer lugar; la vida física es el bien fundamental por el que la persona se expresa en el tiempo y es en la vida física donde se inserta directamente la sexualidad. El ejercicio de la actividad genital no es el único modo de expresarse como varón o mujer; ni un sujeto en particular necesita predominantemente ejercer la actividad genital para que pueda decirse que está realizado como persona. La vitalidad psíquica enriquece, condiciona y dramatiza también la vida sexual. La cultura no constituye por sí sola la diferenciación de la psicología del hombre y la mujer. Dentro de este complejo dinamismo psicopsíquico y cultural, y por encima de él, están la espiritualidad del hombre, su libertad y responsabilidad. Prescindir de la vitalidad espiritual sería reducir la sexualidad al mecanicismo psicofísico o a una elaboración cultural.

Tanto en éste como en otros campos de la actividad humana, no puede haber libertad sin responsabilidad. El sexo nunca es un mero juego ni puede prescindir de la obligada riqueza de la espiritualidad. Responsabilidad quiere decir también aceptar la sexualidad por lo que ella es y por lo que comporta en sus significados y en sus consecuencias. crf. SGRECCIA E. Manual..., op. cit.

11 El acto sexual es proporcional a la constitución misma de la sexualidad: la filosofía del ser repercute en la filosofía del actuar. Por tanto, el acto físico de unión sexual implica simultáneamente la capacidad de significar y actuar la unión de los dos sexos (logos unitivo) y la aptitud y actitud objetiva para procrear (logos procreativo). SGRECCIA E. Manual..., op. cit.,pág. 309.

12 Crf. SGRECCIA E. Manual..., op. cit.,

13 CATHMED.ORG de la Catholic Medical Association, <http://www.cathmed.org>

14 CHAPMAN B. y BRANNOCK J. *Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination*. Journal of Homosexuality. 14: 69 - 80, 1987.

nación genética o una condición inmutable. Algunos se rindieron a la atracción por personas del mismo sexo porque se les dijo que habían nacido con esa inclinación, y que era imposible cambiar el tipo de atracción sexual. Tales personas pueden creer que es fútil y sin esperanza el resistir tal atracción, de modo que abrazan la identidad gay. Estas personas, entonces, pueden sentirse oprimidas por el hecho de que la sociedad y la religión, en especial la Iglesia Católica, no aceptan que tales deseos se expresen a través del acto sexual.¹⁵

LA HOMOSEXUALIDAD

El concepto psiquiátrico de homosexualidad se modificó en las últimas décadas hasta dejar de estar en la lista de trastornos mentales de una obra tan difundida como el DSMIV.¹⁶ Se hace referencia a la misma en el apartado sobre trastornos sexuales no especificados ('malestar notable y persistente acerca de la propia orientación sexual'). No se

puede dejar de señalar que ese cambio fue el resultado de una votación de expertos de la American Psychiatric Association.

Respecto del origen de la homosexualidad, no hay una única respuesta. Es un tema polémico que dio origen a explicaciones biólogos y ambientalistas, o psicólogos.

La homosexualidad se ha observado en cada sociedad estudiada. Un estudio muy citado es el informe Kinsey.¹⁷ En él se postula que no existe una dicotomía en la conducta sexual entre homo y heterosexualidad, sino que constituyen sendos extremos de un *continuum* a lo largo del cual se ubica el comportamiento sexual de los individuos. Se realizaron estudios posteriores¹⁸ que arrojaron cifras de prevalencia menores que las halladas en aquel.^{19 20}

El sexo y por ende la sexualidad, queda determinado desde el momento de la concepción. Las diferenciación sexual citológica, gonadal y cerebral se establecen desde ese momento. El desarrollo psicosexual es fundamentalmente

15 SCHREIER B. *Of shoes, and ships, and sealing wax: The faulty and specious assumptions of sexual reorientation therapies*. Journal of Mental Health Counseling. 20, 4: 305 – 314, 1998.

16 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson, S.A. 1995.

17 En dicho informe se estableció, en una población estudiada de los EEUU, la presencia de: 50 % heterosexualidad, 46 % bisexualidad (54 % monosexuales y 46 % bisexuales) 4 % homosexualidad. Un 37 % del total de varones tuvo experiencias homosexuales en el periodo comprendido entre la adolescencia y la vejez.

18 Para GEBHARD, solo el 4% de hombres blancos educados, y el 1-2% de mujeres.

19 PILLARD R. C. y BAILEY J. M. *A biologic perspective on sexual orientation*. The Psychiatric Clinics of North America, 18: 71-84, 1995.

20 OTERO A. *Conducta y patología sexual. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 4ª edición, Barcelona, Masson, 1998.

postnatal. Entre sus aspectos más sobresalientes se puede nombrar: a) el comportamiento ligado al sexo. Son las conductas o comportamientos que estadísticamente predominan en cada sexo (masculinidad - feminidad) y que están culturalmente asociadas con el papel que la sociedad asigna a cada sexo; b) La identidad personal con el sexo de nacimiento (identidad sexual); c) La preferencia individual erótica por el varón o la mujer (orientación sexual).^{21 22 23} Las pautas de comportamiento masculinas o femeninas que el niño, según su capacidad de aprender y aprehender, transformó en hábito, y que concuerdan en mayor o menor grado con los roles asignados para el varón y la mujer por la sociedad, se denomina identidad de género. Comienza a edad muy temprana y se puede establecer en forma más o menos independiente de la identidad de sexo y de la orientación sexual. Puede suscitar conflictos familiares cuando no coincide con lo que se espera para el sexo del niño. La

identidad con el sexo (identidad sexual: "sentirse varón o mujer"), se consolida hacia la pubertad. La orientación sexual normal es la que se siente con individuos del sexo opuesto (heterosexualidad), si bien puede darse con el mismo sexo (homosexualidad) o con ambos (bisexualidad). Ver Tabla 1 y 2.

Como síntesis sobre la sexualidad humana, y respecto de sus componentes biológicos, se puede citar a Serra:²⁴

"1) Todo sujeto humano está constituido en el estado de mujer o de varón como resultado de la actualización de un proyecto bien definido y esencial que lleva inscrito en cada una de sus células desde el momento de la concepción. Este proyecto es el que fundamenta la singularidad biológica de la mujer y del hombre.

"2) La singularidad biológica por intermedio de las hormonas afecta a todas las estructuras y funciones del sujeto, hasta a las implicadas más directamente en sus actividades cognitivas y del comportamiento.

21 En algunos enfoques sociológicos el término 'género', con la especificación masculino o femenino, ha sido utilizado para reemplazar no solo los términos masculinidad o feminidad, sino 'varón' y 'mujer'; incluso se ha postulado que se los elimine de los documentos de identificación. Esta posición defiende que el 'sexo' viene determinado, pero que el 'género' es una opción.

22 Romi, J. C.: *Vicisitudes del proceso de sexuación: importancia médico-legal* Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, 4 (6): 159-178, 1997.

23 KEEFE, J. *Key aspects of homosexuality* En: J. F. Harvey, *The truth about homosexuality. The cry of the faithful*. San Francisco. Ignatius Press, 1996, pág. 31.

24 SERRA A. *Sulle componenti biologiche della sessualità*. La Civiltà Cattolica II:425-439, 1988; citado por Fusek, I. *La ideologización de la homosexualidad en el contexto de la actual discusión teológica*. Medicina y Ética 3:317-347, 1997." pág. 327.

"3) De esta singularidad biológica surgen los componentes ineludibles de la fuerza llamada 'sexualidad' que, continuamente modulada por una 'inderogable interacción con los componentes ambientales, sobre todo socioculturales, en que el individuo se desarrolla', caracteriza al modo de actuar y reaccionar de la mujer y del hombre.

"4) Las diferencias de expresión de esta fuerza en la mujer y en el hombre, representan las resultantes de tal interacción. Éstas no sólo no inducen desigualdad alguna entre ellos ni son su signo, sino que, por el contrario, confieren a cada cual esas características que son finalísticamente condición indispensable de armonía y desarrollo... Los actuales conocimientos, incluso limitados, parecen poner en evidencia una claridad cada vez mayor de que el componente biológico tiene una parte notable en el origen, maduración y expresión de la sexualidad; pero sigue siendo siempre y solamente un componente que debe integrarse y armonizarse con los otros componentes más específicamente humanos, a fin de que de su conjunto resulte una fuerza constructiva y no, por el contrario, que disocie a la persona".

ESTUDIOS SOBRE EL ORIGEN DE LA HOMOSEXUALIDAD

Le Vay,²⁵ describió diferencias en las estructuras cerebrales²⁶ de mujeres, varones homosexuales y heterosexuales. No encontró diferencias entre el tercer núcleo intersticial del hipotálamo de varones homosexuales y mujeres heterosexuales. El resultado planteó la duda si la diferencia es la causa o el origen de la homosexualidad. Se hicieron objeciones metodológicas, por ejemplo la dificultad que presenta establecer diferencias de tamaños de los núcleos, y que los cerebros habían sido tomados de autopsias de diferentes orígenes.

Allen y Gorski,²⁷ estudiaron la comisura anterior que normalmente es mayor en la mujer que en el varón. Encontraron que en los varones homosexuales estudiados era mayor que en las mujeres presumiblemente heterosexuales. Entre las críticas al trabajo se destacan las diferencias de tamaño de la estructura estudiada, de hasta tres veces, entre las mismas mujeres.

Otra investigación muy citada es la de Bayley y Pillard,²⁸ realizada en homosexuales gemelos, mellizos o herma-

25 LE VAY S. *A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men*. Science 253: 1034-37, 1991. Citado por Keefe, op. cit.

26 Para el segundo y tercer núcleo intersticial del hipotálamo anterior se habían descrito diferencias de tamaño entre varones y mujeres.

27 ALLEN L. y GORSKI R. *Sexual orientations and the size of the anterior commissure*. Proceedings of the National Academy of Science, USA. 89: 199-202, 1992. Citado por Keefe, op. cit.

28 BAYLEY J. M. y PILLARD R. *A genetic study of male sexual orientation*. Archives of General Psychiatry. 48: 1089-96, 1991. Citado por Keefe, op. cit.

nos adoptivos. Los autores encontraron que los primeros tenían una concordancia del 52%, los segundos del 22% y los terceros del 11%. Una objeción clave del trabajo es que un 9,2% de los hermanos no gemelos eran homosexuales, muy cercana al 11% de los homosexuales no ligados genéticamente. Esto hace pensar en la influencia del medio ambiente. Además, el hecho de que casi la mitad de los gemelos fuese heterosexual habla en favor de que los factores genéticos y ambientales, si bien existen, son factores que predisponen más que predeterminan la orientación sexual.

En 1993 Hamer y col.,²⁹ estudiaron la incidencia de homosexualidad en la familia de setenta y seis homosexuales. Demostraron que la incidencia era mayor en la rama materna, de aquí concluyó que podía haber un factor ligado al cromosoma X que la favoreciese. Estudios posteriores permitieron elaborar la hipótesis de que en el área Xq28 del brazo largo del cromosoma X podía encontrarse dicho factor. Pero siete de los cuarenta homosexuales estudiados no presentaron dicho ligamen. Un nuevo experimento demostró que el 22% de los hermanos

heterosexuales también presentaban ese mismo marcador. Rice y col.,³⁰ trataron de reproducir el estudio de Hamer, sin éxito.

Otro estudio que se considera relevante es el de Meyer-Bahlburg y col..³¹ Estos autores estudiaron mujeres que en la etapa intrauterina de sus vidas habían sido expuestas a los efectos del dietilstilbestrol (DES). Se esperaba, por estudios previos en animales, que influyese en la orientación sexual. El grupo que había sufrido los efectos de DES presentó un número mayor de mujeres homosexuales, o con pensamientos de ese tipo. También aquí la totalidad de la población no es homosexual, lo que habla en favor de la existencia de múltiples factores en la génesis de dicha orientación.

LA PERSONA CON CONDUCTA HOMOSEXUAL

La crítica a los trabajos citados pone en evidencia que los factores que pueden influir en el devenir de una persona con conducta homosexual son de diferente origen.

29 HAMER D., HU S., MANGNUSON V. L., HU N. y PATTATUCI A. M. L. *A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientations*. Science 261: 321-27, 1993. Citado por Keefe, op. cit.

30 RICE G., ANDERSON C., RISCH N. y EBERS, G. "Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. Science. April, 1999.

31 MEYER-BAHLBURG H., EHRHARDT A., ROSEN L. y GRUEN R.S. *Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation* Developmental Psychology 31:17, 1995. Citado por Keefe, op. cit.

La psicosexualidad es, en parte, aprendida aunque no directamente como las matemáticas. Nuestro sentimiento de ser varones o mujeres sería 'absorbido', conocido intuitivamente de los padres, hermanos, parientes, personas representativas, más que 'aprendido' como el álgebra. La influencia de ese 'aprendizaje', en muchos casos, se manifiesta cuando no es fácil revertir lo adquirido.

Al nacer al niño se le asigna un sexo de acuerdo con su conformación física -genitales externos. La formación de la psicosexualidad comienza desde los primeros meses de vida, cuando el niño pasa de estar 'unido' a la madre a sentirse separado de ella. Sin embargo, esta separación parece resolverse aproximadamente a los tres años de edad. En este proceso de separación el niño formaría su identidad personal y su identidad de género. Esta última quedaría establecida a los tres años.

Para ello es necesario que los padres cumplan su función paterno-maternal, la identificación no es óptima si el modelo parental se experimenta como hostil. O, si el padre del mismo sexo no es visto como competente y respetado por otras personas importantes para el niño, como su madre, si se trata de un varón. Un matrimonio normal es la mejor garantía para una sana identificación psicosexual.

La identificación con el rol de sexo es la internalización de las actitudes, conductas e intereses correspondientes a un sexo de una cultura dada, pero también puede ser de una determinada familia. La cultura unisexo puede considerarse facilitadora de indiferenciación sexual porque pone inconvenientes para una clara identificación con dicho rol. La dificultad es particularmente compleja para los varones. Éstos, que al comienzo de su vida se encuentran unidos a la madre en la diada inicial que le brinda seguridad y amparo, necesitan un fuerte refuerzo del rol masculino para sentirse varones.

La aceptación o el rechazo de los comportamientos, o los intereses del niño, por parte de terceros, pueden ayudar o no al apropiado desarrollo psicosexual. En este sentido, las características biológicas adquiridas, por ejemplo una niña enérgica o competitiva o un niño inclinado hacia intereses estéticos, pueden ser factores que, si son rechazados por los padres o parientes, pueden dificultar el desarrollo psicosexual normal.³²

La tendencia dominante en la cultura occidental se caracteriza por la defensa de la paridad de derechos para las personas con conductas homosexuales y la abolición de toda forma de discriminación jurídica basada en la orientación sexual. Se busca legalizar la práctica ho-

32 LOPEZ F. y FUERTES A. *Para comprender la sexualidad*. Estella (Navarra), Editorial Verbo Divino, 1993.

mosexual entre personas físicamente maduras, incluso el matrimonio de homosexuales. La Iglesia Católica ha mantenido siempre una posición clara al respecto. Como muestra de ello se puede citar declaraciones de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe^{33 34} y para la Educación Católica.³⁵

El estudio de la homosexualidad es interdisciplinario y debe verse en el contexto de toda la persona, en la unidad de cuerpo y alma, en la unidad incluso de la naturaleza y la gracia.

Homosexualidad, etimológicamente viene de la palabra *homos* (igual) y *sexus* (sexo). Se denominan así todas las actividades suscitadas por la atracción sexual de personas del mismo sexo, aunque no necesariamente culminen en relaciones sexuales.

Se observó en general que, desde el momento en que una persona con tendencia homosexual es consciente de su estado sigue un camino en el que se distinguen cuatro etapas.³⁶

"1) la toma de conciencia de ser diferente, con la consiguiente an-

gustia y postración que incide en toda la esfera de los sentimientos y de las relaciones;

"2) la acentuación de la depresión psíquica y de la sensación de soledad con una experiencia de vida de desprecio y de persecución incluso por parte de la familia;

"3) el acercamiento a otros sujetos homosexuales y la integración en un grupo de 'diferentes';

"4) el desarrollo de reacciones agresivas hacia quien es responsable de su marginación social. El aislamiento en el grupo homosexual, a menudo fruto del rechazo por parte de la sociedad tiende desafortunadamente, a reforzar y exasperar aún más la tendencia".

Se distingue un estado permanente de *tendencia* erótico-genital (inclinación, atracción) de un adulto; o un comportamiento concreto erótico-genital (actos genitales, relaciones). No cualquier comportamiento homosexual es un indicador seguro de tendencia homosexual, no sólo entre los preadoles-

33 SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica sobre la Atención Pastoral a las Personas Homosexuales* (1-X-1986). Buenos Aires. Paulinas. 1987.

34 SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. *Declaración Acerca de Ciertas Cuestiones de Ética Sexual* (29-XII-75). Buenos Aires. Ed. Claretiana. 1976.

35 SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA. *Orientaciones Educativas Sobre el Amor Humano. Pautas de Educación Sexual* (1-XI-1983). Buenos Aires. 1983.

36 LUCISANO A., DIPIETRO M. L., *Sessualità umana. Una guida per conoscere e per capire*. Cinisello Balsamo: San Paolo, 1994. Citado por Fusek, I. "La ideologización ... op. cit.

centes, sino también entre los adolescentes en la edad de la pubertad y pospubertad. Éstos, a menudo entran en juegos de cariz homosexual por una fuerte curiosidad juvenil que acaban con gran frecuencia en la masturbación mutua. Ni siquiera la tendencia homosexual del adulto se hace necesariamente realidad en el comportamiento homosexual concreto. Es decir, hay personas maduras que a pesar de estar permanentemente orientadas por una tendencia homosexual jamás han realizado actos homosexuales. De esto surge que las expresiones "permanente", "definitivo", "irreversible", "estructurado" dejan espacio a la libertad humana sostenida por la gracia divina, y no indican en modo alguno la determinación mecánica a la conducta homosexual.³⁷ Esta mirada es aceptada por la Congregación para la Doctrina de la Fe, en los documentos mencionados.

DIVISIONES DE LA HOMOSEXUALIDAD

Se distinguen tres tipos de conductas homosexuales: compulsivas, sintomáticas y episódicas, que permiten orientar el tratamiento.³⁸

TIPO COMPULSIVO

El enfoque psicoanalítico considera que este tipo de orientación homosexual se origina en el segundo o tercer año de vida como resultado de una alteración de la resolución de la relación madre-hijo. Se considera que en estos casos el hijo experimenta un mensaje doble, de rechazo y de intimidad muy estrecha por parte de la madre. Los sentimientos generados por esta situación se reprimirían, pero harían eclosión frente a situaciones que hicieran sentir al varón débil, criticado, humillado o amilanado. Como la identidad personal está interrelacionada con la identidad sexual cuando aquélla se ve en peligro, ésta también lo está. El contacto homosexual sería una forma de compensar esta alteración. La persona con estas características protegería su identidad personal y su identidad sexual 'fundándose' sexualmente con una persona del mismo sexo. El motivo principal no es la gratificación sexual sino neutralizar la ansiedad que surge de movimientos que ponen al descubierto grietas en la estructura de la identidad con síntomas de aislamiento, necesidad de ayuda e incluso desintegración. El acto homosexual descarga esa ansiedad primaria pero hace caer al sujeto en un estado de culpa, angustia y remordimientos.

37 Fusek I. *La ideologización de la ...*, pág. 321

38 Keefe J. *Key aspects of homosexuality ...* pág. 54.

Las personas que se mantienen sin resolver su conflicto de individuación con una débil estructura del yo, están sujetas a que pequeñas frustraciones desencadenen estados de ansiedad, aislamiento o sentimientos de destrucción. La rapidez con que la conducta homosexual compensa la ansiedad generada por esos estados es lo que hace que las personas que la practican en forma compulsiva puedan llevar una vida social y laboral 'normal'.

TIPO SINTOMÁTICO

La conducta homosexual puede ser síntoma de un trastorno mayor.^{39 40} Independientemente de que la identidad sexual en estos sujetos no se haya desarrollado adecuadamente hay otros trastornos de la personalidad que deben tratarse previamente. Por ejemplo, jóvenes que se sienten inseguros y privados de afecto pueden desplazarse hacia conductas homosexuales en búsqueda de afirmación. A otros puede brindarles sentimientos de poder o dominio. También puede originarse por temor a la heterosexualidad, se puede poner por caso las jóvenes que habiendo sido vio-

ladas cuando niñas, temen establecer relaciones heterosexuales de mayores.

TIPO EPISÓDICO

Bajo este título se incluyen a quienes teniendo orientación heterosexual, en forma regular u ocasional, manifiestan conductas homosexuales. Puede ponerse por ejemplo casos por dinero, curiosidad o en estado de aislamiento.⁴¹

De los estudios señalados es posible colegir que no existe un factor determinante de la conducta homosexual, puede ser predispuesta por factores genéticos, ambientales o psíquicos; y, no hay una homosexualidad, sino varios tipos.

DINAMISMO DE LA HOMOSEXUALIDAD

Harvey,⁴² refiere que los conflictos más frecuentes que predisponen a la atracción y conducta homosexual son: soledad, tristeza, desconfianza y miedos, profundos sentimientos de incapacidad, no aceptarse a sí mismo, narcisismo, cólera excesiva, abuso sexual de niño, falta de equilibrio en la vida personal asocia-

39 FERGUSSON D., HORWOOD L. y BEAUTRAIS A. *Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?* Archives of General Psychiatry. 56, 10: 876 - 888, 1999.

40 Herrell R., Goldberg J., True W., Ramakrishnan V., Lyons M., Eisen S. y Tsuang M. *A co-twin control study in adult Men: Sexual orientation and suicidality.* Archives of General Psychiatry. 56, 10: 867 - 874, 1999.

41 KEEFE J. *Key aspects of homosexuality ...* pág. 61.

42 HARVEY J. F. *The truth about homosexuality. The cry of the faithful.* San Francisco. Ignatius Press, 1996.

do con un excesivo sentimiento de responsabilidad. En los momentos de estrés se activan estas dificultades internas; y, en un intento por escapar a estas emociones subconscientes dolorosas pueden sentirse tentaciones o concretarse conductas homosexuales. Estas situaciones suelen manifestarse en la adolescencia, pero también pueden presentarse en la edad adulta.

En el niño, uno de los motivos más frecuentes de soledad que puede llevar a atracciones homosexuales es el rechazo por parte de sus compañeros por sus limitadas habilidades atléticas. Niños que tienen una mala coordinación motora y que no tienen habilidad para realizar deportes populares, reciben críticas muy duras y el desprecio de sus pares. Se desarrolla en ellos sentimientos de soledad y aislamiento que daña su imagen masculina. El anhelo por la aceptación y el amor da como resultado una fuerte atracción por su propio sexo. En estos casos las tentaciones homosexuales pueden aparecer al final de la escuela primaria.

En la actualidad, se presentan serios problemas de soledad y tristeza por la disolución de la familia, el número de niños y adolescentes que viven separados de sus padres es alto. Cuando la necesidad de afecto, aprobación, demostraciones afectivas y alabanzas no se satisfacen o lo hacen mal, no es extraño que los niños, para calmar esa 'hambre de padre', busquen otro varón. Aquellos

que les falta el afecto paterno y no reciben el reconocimiento de sus pares, caen con más frecuencia en conductas homosexuales.

El rechazo de padres, parientes o amigos puede originar una falta de confianza. La propia estima se basa primariamente en la aceptación del modelo de rol en la infancia: el padre para el varón y la madre para la niña. Si bien el amor de la madre es importante para el niño, parece no ser tanto para la formación de su propia estima como el estar a gusto con sí mismo. También los hermanos mayores ejercen una influencia importante.

El temor al otro sexo, originado en una mala relación con los padres, es otra fuente de tentaciones. Para los varones, una madre fría, narcisista, adicta, lejana, enojada, sin afecto, sobreprotectora, necesitada de dependencia. Para las mujeres, padres que las rechazan, distantes, enojados, adictos, insensibles hacia la madre. También, influye haber vivido en un hogar con conflictos y peleas. Como el matrimonio de los padres es el modelo de relaciones heterosexuales, una hija o un hijo puede desarrollar el miedo al sexo opuesto.

La falta de calor, afecto y alabanza materna puede dar como resultado un terrible vacío interior y tristeza. Muchas mujeres intentan llenarlo con una relación homosexual. El déficit de amor materno es menor que el paterno porque las mujeres tienen más facilidad para demostrar afecto.

Algunos adultos caen en conductas homosexuales al no encontrar una persona adecuada para casarse, o después de un fracaso matrimonial, o por temor a otro, esto con más frecuencia en mujeres. Otros, prefieren creerse homosexuales a enfrentarse con su soledad interior.

La promiscuidad de algunas personas con conductas homosexuales parece radicar en una insatisfecha necesidad infantil, que es muy difícil llenar en forma estable. Esa profunda insatisfacción y, por otro lado, esa necesidad compulsiva de satisfacerla, explica el alto porcentaje de relaciones sexuales sin ningún tipo de protección, y la incidencia del SIDA en sujetos con conductas homosexuales.

Por fin, es oportuno distinguir entre la persona con conducta homosexual y los integrantes de movimientos de homosexuales (gay). Estos últimos hacen de la homosexualidad un movimiento y a través de diversas acciones sociales no sólo tratan que la persona homosexual sea respetada, sino que no pocas veces intentan imponer una cultura con características homosexuales. En este sentido, no se diferencian de otros movimientos como los feministas, los pro aborto y otros.

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS HOMOSEXUALES

Según Richard P. Fitzgibbons,⁴³ los conflictos de soledad y tristeza también pueden llevar a otros problemas: dependencia y conductas infantiles, constante necesidad de atención y cariño, una excesiva vida sexual fantaseada, masturbación compulsiva, atracción por los adolescentes, dependencia de la pornografía, agotamiento y síntomas de depresión.

En algunas personas con conductas homosexuales se describe un trastorno adictivo. Si bien no está ampliamente aceptada la adicción sexual como diagnóstico específico, se la considera así por ciertos comportamientos. Se puede poner por caso conductas compulsivas peligrosas o la negación de los riesgos que se corren de contagiarse el SIDA. Las estadísticas muestran que un porcentaje alto de personas homosexuales no se protege durante sus relaciones sexuales, si bien la tendencia se ha modificado en los últimos años. Esto hizo mirar a la conducta homosexual como una enfermedad compulsiva, de alto riesgo que tiende a destruir al sujeto.

43 FITZGIBBONS R. P. *The origins and healing of homosexual attractions and behaviors*. En J. F. Harvey, *The truth about homosexuality. The cry of the faithful*. San Francisco. Ignatius Press, 1996, pág. 307.

El narcisismo es otro factor importante que influye en este estilo de vida. Se observa con frecuencia un deseo de tener pocas obligaciones, como un niño. Se asocia con hedonismo, pensamiento grandioso, creerse superior a los demás o incluso inmune al virus del SIDA, lo que conduce a prácticas homosexuales sin protección. No sólo no se protegen, sino que consideran que no contagiarán a sus parejas.

Para algunos, la actividad homosexual es una forma de escapar de los problemas cotidianos. Para aliviar la tensión pueden caer en ese tipo de conductas, después de vivir el trabajo como una presión y no encontrar en el hogar la alegría y la paz necesaria.

Los traumas sexuales de la niñez en niños, violaciones o abusos sexuales, desarrollan una gran confusión sobre la identidad masculina creando la falsa idea de ser homosexual, y cuando son adolescentes sienten que las mujeres no podrán quererlos.

También se ha nombrado la cólera dirigida contra sí mismo como un factor que influye en el desarrollo de conductas homosexuales. Por el rechazo de sus compañeros, muchos jóvenes desarrollan un intenso desprecio por su cuerpo, se ven débiles, poco atractivos y poco mas-

culinos. Pasan mucho tiempo fantaseando como escapar de él, asumiendo el cuerpo de otros. El soñar despierto puede surgir cuando son pequeños, y les hace desear otros varones. Las relaciones homosexuales disminuyen momentáneamente esta insatisfacción. El máximo odio que se expresa hacia el cuerpo se da en los que llegan a modificarlo quirúrgicamente.

DESORDEN DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN NIÑOS

El DSM-IV ha definido el Desorden de Identidad de Género en niños (traducido como Trastorno de Identidad Sexual, F64.x) como una fuerte y persistente identificación con el género opuesto, insatisfacción con el propio sexo y preferir, en juegos o fantasías, papeles del sexo opuesto. Algunos investigadores⁴⁴ identificaron otro síndrome no tan marcado, caracterizado con sentimientos crónicos de no ser masculinos, sentirse profundamente inadecuado en la masculinidad y tener una reacción casi fóbica a los juegos violentos y mucha aversión a los deportes de equipos, pero sin involucrarse en ningún juego homoerótico o fantasías de ese tipo. Sin embargo,

44 Phillips G., Over R. *Adult sexual orientation in relation to memories of childhood gender conforming and gender nonconforming behaviors.* *Archives of Sexual Behavior.* 21, 6: 543 - 558, 1992.

estos niños están expuestos a ese riesgo en la adolescencia.⁴⁵ Es importante que los educadores conozcan estos síndromes y los recursos disponibles para dar una ayuda adecuada a estos niños.^{46 47} Dado que la atracción homoerótica no es un desorden de origen genético, se puede esperar que la prevención y el tratamiento tengan éxito.

TRATAMIENTO

Los personas que manifiestan atracciones homosexuales requieren una atención especial para comprender las heridas emocionales que experimentaron y el rencor que sienten con aquellos que

se las han provocado. Necesitan ayuda para conocer su personalidad y su comportamiento; para admitir la impotencia frente al sufrimiento y apoyarse en una espiritualidad. Las terapias han tenido éxito en un 25% de los casos.^{48 49} Estos tratamientos no incluyen un proceso de perdón para superar el resentimiento interior, ni una espiritualidad para disminuir la tristeza, la baja autoestima y la desconfianza.

Cada vez más los varones hacen terapias por miedo al SIDA; la mayoría están abiertos a la verdad, y no se niegan a explorar las decepciones que se han tenido en la vida. Por la experiencia adquirida, Fitzgibbons considera que "ninguna medida de perspicacia, amor y afirmación de

45 HARRY J. *Parental physical abuse and sexual orientation in males*. *Archives of Sexual Behavior*. 18, 3: 251 – 261, 1989.

46 BRADLEY S. y ZUCKER K. *Gender identity disorder: A review of the past 10 Years*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34, 7: 872 – 880, 1997.

47 BRADLEY S. y ZUCKER K. *Drs. Bradley and Zucker reply*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 244 – 245, 1998.

48 MACINTOSH H. "Attitudes and experiences of psychoanalysts in analyzing homosexual patients". *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 42: 1183-1207. 1995. Citado por FITZGIBBONS R. P. "The healing of..."

49 Aquellos que defienden la idea de que la orientación sexual es inmutable frecuentemente citan una discusión publicada, entre los Doctores C. C. Tripp y Lawrence Hatterer en la que el Dr. Tripp afirmó: "...no hay un solo caso registrado de cambio de orientación homosexual que haya sido validado por jueces o tests independientes. Kinsey no pudo encontrar uno solo. Ni tampoco Dr. Pomeroy ni yo hemos podido encontrar tal paciente. Nos gustaría mucho recibir alguno del Dr. Hatterer." Pero no citan la respuesta del Dr. Hatterer: "Yo he 'curado' a muchos homosexuales, Dr. Tripp. El Dr. Pomeroy o cualquier otro investigador puede examinar mi trabajo que está documentado por diez años de grabaciones en cinta. Muchos de estos pacientes 'curados' (prefiero usar la palabra 'cambiados') se han casado, tienen familias y viven una vida feliz. Es un mito destructivo que 'una vez homosexual, siempre homosexual'. Esto ha hecho, y hará en el futuro millones de homosexuales convencidos. Y aún más, no solo yo sino muchos otros psiquiatras de prestigio (Los Doctores Samuel B. Hadden, Lionel Ovesey, Charles Socarides, Harold Lief, Irving Bieber, y otros) han reportado sus éxitos terapéuticos de homosexuales tratables." TRIPP C. y HATTERER L. *Can homosexuals change with Psychotherapy?* *Sexual Behavior*. 1, 4: 42 – 49, 1971. Citado en: *Homosexualidad y Esperanza*. Declaración de la Asociación Médica Católica de EE.UU.

otros adultos, determinación o mejoras de conocimiento y comportamiento [por sí solos] pueden resolver las profundas heridas emocionales grabadas que arrastran estos individuos. Sólo el amor de Dios es capaz de superar la dolorosa soledad y tristeza, los miedos y las inseguridades, al proporcionar un sentimiento de haber sido amado profundamente, de ser especial y de haber sido protegido en todas las etapas de la vida. A medida que las heridas emocionales se curan, las atracciones y los comportamientos homosexuales disminuyen, y con el tiempo desaparecen."⁵⁰

La Declaración de la Asociación Médica Católica de EE.UU., "Homosexualidad y Esperanza.", trata con claridad los fines de la terapia en personas con tendencia o conductas homosexuales. En la misma se expresa que los "que sostienen que el cambio de orientación sexual es imposible, generalmente definen el cambio como la liberación total y permanente de toda conducta homosexual, de fantasías o de atracción en una persona que había sido

anteriormente homosexual en su conducta o su inclinación. Aun cuando el cambio sea definido en esta forma extrema, la afirmación no es cierta. Numerosos estudios reportan casos de cambio total."⁵¹

Más adelante añade: "Debe notarse que casi sin excepción, aquellos que consideran la terapia como contraria a la ética, también rechazan la abstinencia de actividad sexual extramatrimonial, como una meta mínima⁵² y entre los terapeutas que aceptan los actos homosexuales como normales, son muchos los que no encuentran nada malo en la infidelidad dentro de relaciones comprometidas,⁵³ contactos sexuales anónimos, promiscuidad general, auto-erotismo,⁵⁴ sadomasoquismo y varias parafilias. Algunos llegan a propiciar la reducción de restricciones sobre relaciones sexuales entre adultos y menores⁵⁵ o niegan el impacto psicológico negativo del abuso sexual de niños."^{56 57}

Respecto de los terapeutas católicos expresan: "Debiera señalarse que los católicos no pueden apoyar formas de te-

50 FITZGIBBONS R. P. *The healing of homosexual attractions and behavior*. En J. F. Harvey, *The truth ...*, 1996, pg. 324.

51 GOETZE R. *Homosexuality and the Possibility of Change: A Review of 17 Published Studies*. Toronto Canada: New Directions for Life, 1997.

52 BARRETT R. y BARZAN R. *Spiritual experiences of gay men and lesbians, Counseling and Values*. 41: 4 - 15, 1996.

53 Barrett, R., Barzan, R. *Spiritual experiences of gay men and lesbians. Counseling and Values*. 41: 4 - 15, 1996.

54 Saghir M. y Robins E. *Male and Female Homosexuality: A Comprehensive Investigation*. Baltimore MD: Williams & Wilkins, 1973.

55 Mirkin H. *The pattern of sexual politics: Feminism, homosexuality, and pedophilia*. *Journal of Homosexuality*. 37, 2: 1 -24, 1999.

56 Rind B., Bauserman R. y Tromovitch P. *A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples*. *Psychological Bulletin*. 124, 1: 22 -53, 1998.

57 Smith J. *Psychopathology, homosexuality, and homophobia*. *Journal of Homosexuality*. 15, 1/2: 59 - 74, 1988.

rapia que fomentan el reemplazo de un pecado sexual con otro.⁵⁸ Algunos terapeutas, por ejemplo, no consideran a un paciente como 'curado' hasta que pueda involucrarse cómodamente en actividades sexuales con el sexo opuesto, aunque el paciente no esté casado.⁵⁹ Otros estimulaban al paciente a masturbarse empleando imaginaciones heterosexuales.^{60 61}

"Para un católico con atracción hacia su mismo sexo, la meta de la terapia debiera ser la libertad de vivir castamente de acuerdo a su estado en la vida. Algunos de los que han bregado con atracción por el mismo sexo creen que están llamados a una vida de celibato. No debiera hacerseles creer que han fracasado en el intento de adquirir libertad, porque no experimenten deseos sexuales por el sexo opuesto. Otros pueden querer casarse y tener hijos. Hay buenas razones para esperar que muchos van a poder alcanzar esta meta a su debido tiempo. Sin embargo, no debiera estimulárseles a precipitarse a un matrimonio, ya que hay abundante evidencia de que el matrimonio no es cura para la atracción por el mismo sexo. Con la ayuda poderosa de la gracia, los sacramentos, apoyo de la co-

munidad y un terapeuta con experiencia, un individuo bien decidido debiera ser capaz de alcanzar la libertad interior que Cristo ha prometido.

"Terapeutas experimentados pueden ayudar a individuos a descubrir y comprender las causas profundas de los traumatismos emocionales que dieron origen a la atracción por el mismo sexo y poder seguir la terapia que va a ayudar a resolver ese problema. Hombres que experimentan atracción por su propio sexo, a menudo descubren que su identidad masculina fue afectada negativamente por sentimientos de rechazo por parte de su padre, o de sus iguales, o de una imagen corporal pobre que resulta en tristeza, rabia e inseguridad. Al mejorar el sufrimiento emocional en la terapia, la identidad masculina es reforzada y la atracción por el propio sexo disminuye.

"Las mujeres con atracción por su mismo sexo pueden llegar a ver cómo el conflicto con sus padres u otros hombres importantes las ha llevado a desconfiar del amor de los hombres, o cómo la carencia de afecto maternal la ha llevado a una profunda necesidad de amor femenino. Perspicacia para entender las cau-

58 Schwartz M. y Masters W. *The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men*. American Journal of Psychiatry. 141: 173 - 181, 1984.

59 Master W. y Johnson V. *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown, Co. 1979.

60 Blitch J. y Haynes S. *Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 3: 319 - 322, 1972.

61 Conrad S. y Wincze J. *Orgasmic reconditioning: A controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals*. Behavior Therapy. 7: 155 -166, 1976.

sas de ira y tristeza pueden, es de esperar, llevar al perdón y a la liberación. Todo esto necesita tiempo. Con respecto a esto, individuos que sufren de atracción por el mismo sexo no son diferentes de los muchos hombres y mujeres que tienen sufrimiento emocional y necesitan aprender a perdonar.

Terapeutas católicos trabajando con individuos católicos debieran sentirse autorizados para usar las riquezas de la espiritualidad Católica en el proceso curativo. Aquellos con heridas causadas por el padre pueden ser animados a desarrollar su relación con Dios como padre amante. Y los que fueron rechazados o puestos en ridículo por sus iguales cuando jóvenes, pueden meditar considerando a Jesús como hermano, amigo y protector. Los que se sienten ignorados por sus madres pueden buscar el apoyo de María.

"Hay muchas razones para esperar que con tiempo, los que busquen liberación la encontrarán, pero debemos reconocer al estimular la esperanza, que algunos no van a lograr llegar a esa meta. Podemos encontrarnos en la misma situación de un oncólogo pediatra que dio una charla sobre cómo, cuando empezó su práctica, prácticamente no había esperanza para niños con cáncer, y el deber del médico era ayudar a los padres a aceptar lo inevitable y no botar su dinero en pos de una "curación". Hoy por hoy casi 70% de los niños se recuperan, pero cada muerte deja al equipo médico con una terrible sensación de fracaso. A medida que mejo-

re la prevención y tratamiento de la atracción por el mismo sexo, los individuos que estén luchando van, más que nunca, a necesitar apoyo compasivo y razonable."

MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado del trabajo se tratarán los siguientes puntos:

- 1) Breve reseña histórica del paciente y motivo de la consulta. Este punto tiene por fin presentar el caso y plantear una hipótesis que explique los posibles factores que intervinieron en la génesis de la conducta homosexual de la persona tratada.
- 2) Técnica psicoterapéutica utilizada. Se describirá algunos aspectos de la técnica utilizada. Los trabajos imaginativos elegidos para demostrar la evolución del caso, se describen en RESULTADOS.
- 3) Instrumentos complementarios de diagnóstico. Constituyen un aporte más para conocer el perfil de la personalidad del paciente. A su vez, se convirtieron en un elemento eficaz para poner en evidencia diferencias entre el comienzo del tratamiento y el momento que se realizó el trabajo. Se utilizaron los siguientes cuestionarios:
 - a) Escala de valores de Schwartz.
 - b) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

1) HISTORIA VITAL DEL PACIENTE.

Sexo: femenino.

Edad al momento de la consulta:

31 años.

Lugar de nacimiento: Nació en una ciudad de Provincia. En un hogar constituido por padre, madre y hermanos varones.

Motivo de consulta:

Refiere: "Hasta hace dos años y medio tuve experiencias de homosexualidad y eso me marcó, y siento angustia frente a ciertos recuerdos, y me cierro. Hace 6-7 meses lo conté a una mujer, y esto resultó peor. Siento que hay una tendencia que me asusta y cuando me pasa eso, me pongo a pensar. No estoy bien."

"Perdí a mi papá a los 8 años. Mi madre no me deseó mujer, mi papá me vestía de nena y mi mamá de varón.⁶²

"Mi psicología es más bien masculina no es de una chica, por cosas que re-

cuerdo por momentos me comportaba como una niña, por momentos como varón.⁶³

"Mi relación materna es mala.⁶⁴ En mi infancia hubo desconfianza, mi hermano le contó a mi mamá que andaba con un chico, y mi mamá me pegó.⁶⁵

"Frente a la angustia o recuerdos, me autoagredo y caigo en la masturbación y me siento mal y me lleva al hastío.⁶⁶

"Tengo mucho miedo a reincidir. Recuerdo juegos en la niñez, siempre hice de varoncito.

"Tuve una experiencia de noviazgo a los 16 años, y me sentía mal sexualmente, tenía miedo, no tuve relaciones sexuales, pero tenía miedo.

"La persona a la que le comenté mi problema me dijo: "Vos, te tenés que definir",⁶⁷ ¿No tengo definido el sexo? Eso me impactó."⁶⁸

Padre: "Recuerdo que era muy que-

62La paciente describe el rechazo al sexo femenino que percibía en la madre, p. ej. ponerle ropa más propia del rol masculino. El padre, que la ayudaba a identificarse como mujer, murió antes que ella completara ese proceso.

63 Este comportamiento puede expresar predisposiciones biológicas heredadas.

64 Se presentan dificultades de relación con el modelo de rol de identidad de sexo [en este paciente, la madre].

65 La madre interfiere en la elección del objeto sexual heterosexual, que era el adecuado.

66 La masturbación compensaría la ansiedad, pero después le genera sentimientos de culpa.

67Ejemplo de una intervención opuesta a los intereses de la paciente. La expresión denota una postura característica disociadora de la sexualidad. Este enfoque considera que el sexo es aquello "con lo que nacemos", es decir las características anatómicas. El componente psicológico "como nos sentimos" puede elegirse. De allí, que la interlocutora le dice "Tenés que definirte".

68 Es importante observar el efecto que tienen las palabras, en este caso despertaron sentimientos que responden al recto ser de la persona. Aquí, se puso en evidencia que en el interior del hombre, aún cuando llegue a cristalizarse una postura de vida (es decir cuando a través de actuar reiteradamente de una manera casi llega a modificar su forma de pensar), queda una conciencia de su deber ser que responde al orden natural. Esta conciencia primordial que nos hace sentir lo que somos y lo que debemos ser, es el núcleo vital sobre el que la persona puede reconstruirse. Es decir, todo hombre recto que no se oponga a sus sentimientos tiene un 'resto' que le permite reconstruir su persona; la relación interpersonal con el terapeuta puede colaborar en ese proceso.

rible, muy afectivo, me llevaba a pescar hasta mis 8 años. Recuerdo que la noche anterior [del día del ataque que lo llevó a la muerte] estaba sentada en su regazo, y al otro día me desperté con gritos. Él estaba inconsciente, lo llevaron y murió al otro día. No querían que lo viera en el cajón.⁶⁹

Madre: una mujer rígida, siempre se volcó a los varones, "nunca la tuve como punto de referencia, no me respondía cosas, me remitía a otras personas. Fui golpeada muy fuerte a los 12 años, me pegó, no me preguntó nada.⁷⁰

"Mi tía, hermana de mi madre, era vecina; mi tía hizo de madre.

Experiencias de abuso sexual:

"A los 11 años, yo dormía con mi mamá, y sentí un manoseo de su parte, lo experimenté mal, y ni me arrimé, ni me acosté más con ella.⁷¹

"Me sentía violentada, por mis hermanos, con palabras, en tono despectivo, porque menstruaba o me desarrollaba. No

fui respetada por mis primos, tenían mi misma edad, recuerdo manoseos en la pileta. Fui muy toqueteada, eran muy violentos, yo huía, salía de la pileta, y tenía mucho miedo.⁷²

"A los 13-14 años, un hombre grande me manoseó. Era vecino, y me toqueteó. Tuve mucho miedo de contarle en casa. Con un tío, a los 14-15 años, viví un manoseo, y se me quebró la imagen de hombre, fui como objeto de placer.⁷³

"A los 15 años, me asusté mucho. Vino un pariente joven a vivir a casa, una siesta sentí un gemido y lo vi haciendo el acto sexual con una chica que vivía en casa, lo viví como que se hacían mucho daño, me asusté mucho, mucho. Salí corriendo.⁷⁴

Antecedentes personales:

Parto normal, no refiere enfermedades.

Recuerdos en referencia con el papá: "Iba a pescar con él. Me llevó al

69 La vívida descripción revelaba la presencia que mantenía la muerte del padre en su conciencia.

70 Un ejemplo más de lo lejos que estaba la madre de ser un modelo de mujer con el que ella pudiese identificarse.

71 Este hecho, sea real o imaginario, constituyó otro motivo más para alejarse y rechazar a la madre. Más aún, puede considerarse otro factor que incrementó la vulnerabilidad de la paciente y que debe haber facilitado las conductas homosexuales.

72 Aquí se pone en evidencia el desamparo en que ella vivía. La ausencia de la persona que le había hecho un lugar en el hogar y en el mundo, el padre, le hizo perder el respeto de sus propios hermanos. Estos, a pesar del cariño que sin duda sentían por ella, al faltarles el límite que impone la ley paterna, quedaron a merced de sus impulsos y la cultura imperante.

73 Como se describe en la actualización bibliográfica, el abuso debe haber generado un fuerte rechazo al varón. Otro factor más que incrementó la vulnerabilidad predisponente.

74 La paciente describe la impresión que le provocó ver un acto sexual. Es una impresión que se observa frecuentemente en niños.

jardín de infantes. Siempre estuve en relación con él. Mi papá me vestía de nena y gozaba de verme de mujer, y mi mamá me ponía pantaloncitos. Mi papá me regaló mi primera muñeca.

Recuerdos en referencia a la mamá: "Mi mamá habitualmente no hacía caricias; ni aceptaba gestos míos, de mis hermanos sí los aceptaba. Yo, le llevaba regalos a mi madre en el día de la madre, me los aceptaba y después los veía en el tacho de la basura. A los 12 años me dijo que hubiera querido que fuera varón. "Yo a vos, desde que quedé embarazada quise que fueras varón, y papá una nena".⁷⁵

Concurrió a un colegio privado. Tuvo buena relación con las maestras. "Papá falleció cuando tenía 8 años, estaba en tercer grado. Después de su muerte tuvimos problemas económicos. No tengo recuerdos de cuarto y quinto grado. Repetí quinto grado, (...) 10 años, no sé porque repetí.⁷⁶

"En séptimo grado me inicié en los deportes, una profesora de ejercicios físi-

cos despertó el impulso a la actividad física, atletismo.

Menarca a los 12 años.

"A los 16 años, no sabía cómo quedaba embarazada la mujer.⁷⁷ Con mi novio no tuve relaciones. Mi mamá no me dejaba estar con él con libertad, me llamaba, me vigilaba. Mi novio un día me dio un beso y yo me asusté, viví unos meses pensando que había hecho algo malo. Él me hizo florecer mi ser de mujer, por lo que me decía.⁷⁸ No iba a bailar.

Experiencias homosexuales:

"A los 20 años comenzaron las experiencias homosexuales:

Una vez una joven de su edad, le dijo: "Siento asfixia, necesito respiración boca a boca". "Pero no lo hice. Ella me buscaba con gestos, me tocaba con la mano, lo vivía muy mal. Una vez me tomó de la mano, y yo me escapé.

"Después, tuve un enganche afectivo muy fuerte con otra joven casada y separada, gestos sensuales, me atraparon, caí en una depresión, lo viví con mucho miedo. Estábamos hablando y empe-

75 Esta frase constituye casi un paradigma de ataque a la identidad sexual. La madre disocia, la acepta a ella pero no al sexo que tiene; al atacar su sexualidad atacó su identidad. De allí a que la hija rechazara su sexualidad hay sólo un paso.

76 A lo largo de la terapia vuelve a hacer mención a este período de su vida. Es probable que la muerte del padre haya provocado una descompensación psicológica que le impidió guardar o la llevó a reprimir, muchas vivencias de esa época.

77El rechazo, tanto el que manifestaba la madre por la feminidad de su hija, como el que ésta sentía por aquella, interfirió en el diálogo interpersonal, y sumió a la joven en una peligrosa ignorancia.

78 Este dato es muy importante para el proceso terapéutico porque revela que la paciente, a pesar de todas las dificultades vividas, mantenía un "cogitativa" -si se apela a un término antropológico- acorde a su deber ser de mujer, frente al amor varonil reaccionó como tal.

zaron las caricias, yo salí corriendo. Duró un año.⁷⁹

"Hubo celos [de parte de la partenaire], una vez me sentí violentada por ella y ahí reaccioné, me hizo una escena de celos.⁸⁰

"No hace mucho, al contarle a un profesional [el problema que ella tenía] me puso el título de lesbiana; ese título me está determinando, me estoy convenciendo de que tengo una tendencia y que lo soy.⁸¹

"Más adelante, hubo otro enganche afectivo con otra mujer, cinco años mayor. En este caso hubo mayor contacto físico.⁸² Fue atracción mutua, pero no duró mucho. Después comenzó la masturbación y angustia.⁸³

Posteriormente, encontró una joven de su edad afectivamente desestabilizada. Ahí casi vivió una relación de pareja, duró más o menos un año.⁸⁴

Unos meses antes de concurrir a la consulta había conversado sobre el tema

con una joven que había tenido una experiencia semejante, pero que lo había superado haciendo terapia.⁸⁵

2) TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA UTILIZADA

Una breve introducción sobre la historia y el fundamento de la Psicoterapia Simbólica (PS) se encuentra en el ANEXO I, en este punto sólo se describirán los aspectos técnicos.

Desarrollo de una sesión de Psicoterapia Simbólica.

El fin de la PS es terapéutico. Si bien los trabajos imaginativos pueden aportar elementos que permitan establecer el tipo de trastorno mental que afecta al sujeto, antes de iniciar la psicoterapia se deben realizar los estudios psiquiátricos y psicológicos que se consideren necesarios para llegar a un diagnóstico. También se prescribirá e indicará el tratamiento que el cuadro clínico requiera.

79 Corresponde señalar la diferencia entre las dos situaciones. La primera joven manifestó conductas homosexuales explícitas que chocaron con la escala de valores de la paciente y la rechazó. Con la segunda se dio primero un 'enganche afectivo' que debe haber disminuido el alerta intelectual de la paciente y facilitó el proceso de seducción. La afectividad ofusca en forma creciente la razón y la persona termina haciendo lo que no hubiera hecho si el acto al que finalmente arribó, se hubiese presentado sin el contexto afectivo.

80 Los celos pueden considerarse un indicador de un grado mayor de inmadurez psíquica. Se observan muy frecuentemente en personas con tendencias homosexuales.

81 La postura adoptada por esta persona se discute más adelante. Pero, es oportuno volver a subrayar el efecto casi plasmador que tienen las palabras, en esta oportunidad muy negativo.

82 Se observa un desplazamiento de la afectividad hacia la búsqueda del placer erótico. Es verosímil que el incremento de los contactos físicos haya arraigado más el hábito y despierte nuevas necesidades sensibles, hasta ese momento desconocidas.

83 Como se citó más arriba, con frecuencia se observa alternancia entre conductas homosexuales y masturbación. Ambas se siguen de sentimientos de culpa.

84 La falta de control de la mujer psíquicamente descompensada agregó un factor de riesgo más, y aumentó la posibilidad de que se manifestara la conducta homoerótica. Ninguna de las dos estaba en condiciones de poner límites.

La PS comienza, después de explicar brevemente en qué consiste la técnica, con el trabajo imaginativo conocido con el nombre de "La escalera".⁸⁶ A éste lo siguen, en sesiones sucesivas, otros trabajos. Cada una de ellas dura aproximadamente una hora, aunque puede extenderse si la situación lo requiere. Por la experiencia adquirida se recomienda que las sesiones sean semanales. La frecuencia disminuye con la mejoría del sujeto.

Cada trabajo se realiza por etapas cualitativamente diferentes. Durante la primera el sujeto, en estado de relajación muscular y con los ojos cerrados, desarrolla una vivencia imaginaria. En la segunda, con los ojos abiertos interpreta el contenido simbólico de lo que imaginó. En la última, el terapeuta lee lo que simbolizó.

La primera etapa comienza cuando se le enuncia al sujeto una consigna, que incluye una imagen inicial que actúa desencadenando la vivencia imaginaria. La propuesta del terapeuta debe invitarlo a trabajar, aclararle que debe tratar de vivir lo que imagina, que le dé libre curso a la imaginación, sin excluir imágenes o situaciones aunque le parezcan ilógi-

cas, vergonzosas, desagradables o conflictivas. Que describa todo lo que encuentra, siente y/o hace imaginativamente. Con el fin de acentuar y facilitar la vivencia y que el trabajo no se convierta en un simple relato de lo imaginado, el terapeuta se dirige al sujeto en tiempo presente. Con el mismo propósito y cada vez que lo considera necesario, le pide que se acerque, toque y describa las cualidades sensibles de lo que imagina.⁸⁷ Durante todo el trabajo el terapeuta toma nota de lo que dice y hace el sujeto.

Método empleado para exponer los trabajos imaginativos:

En el apartado RESULTADOS, se transcriben trabajos imaginativos realizados por la paciente en parte o en todo, que se consideran representativos de la evolución del tratamiento.

Aquellas partes de lo imaginado sobre las que se le preguntó a la paciente que le simbolizaban, se transcriben en **negrilla**. Entre paréntesis y en *(itálica)*, se transcribe lo que el paciente respondió. Entre [corchetes] se indican las preguntas del terapeuta, y entre {llaves} los comentarios o aclaraciones del mismo.

85 Esta joven se hallaba en el polo, y actuó en forma positiva. El tratamiento le ayudó a evitar la conducta homosexual. Fue suficientemente madura para dar afecto sin manifestaciones homoeróticas, si las hubiese sentido. Sirvió de modelo, y estimuló a la paciente para que siguiera su ejemplo.

86 ENNIS, ob. cit., 1974, pág. 31.

87 GARCÍA SAMARTINO L. y BULACIO G. *Intervenciones en psicoterapia simbólica*. Acta psiquiat psicol Am lat. 40 (3), 243-248, 1994.

Al final de cada trabajo, se hacen las consideraciones que se estiman más relevantes.

Antes de cada trabajo se indica el lapso transcurrido desde el comienzo del tratamiento hasta el día de su realización.

En cada trabajo, se especifica:

a. El nombre del mismo, por Ej., "ESCALERA".

b. Lo que le simbolizó a la paciente la imagen inicial, cuando se le preguntó por primera vez, en el caso anterior por Ej., (*Bajar a la realidad*)

c. Lo que le simboliza el trabajo al paciente, aplicándolo a su vida, después de haber expresado lo que le simbolizaron las imágenes que el terapeuta le preguntó. En la ESCALERA, por Ej., Conclusión del trabajo: *Mi vida*.

3) ESCALA DE VALORES DE SCHWARTZ

La escala de Schwartz se administró al comienzo y al fin del período que se describe en este trabajo. Toma los valores como estructuras motivacionales y tal como algunos los consideran en el ámbito de la psicología social.⁸⁸ La fundamentación del instrumento se expone en el ANEXO I.

4) CUESTIONARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI-2)

Se administró el MMPI-2 (segunda versión).^{89, 90, 91} Es un cuestionario de personalidad desarrollado originalmente por S. R. Hathaway y J.C. McKinley y actualizado por J. N. Butcher. Hay una adaptación argentina.⁹² Se utilizó la forma de autoadministración.

El cuestionario presenta escalas, llamadas de Validez y Clínicas. También presenta las escalas Suplementarias y de Contenido.

Para considerar la validez de los resultados de las escalas clínicas tiene cuatro escalas de corrección: interrogantes; sinceridad; fiabilidad y factor K de corrección (escalas L, F y K). Pueden apreciarse los siguientes perfiles básicos: neurótico, psicótico y trastornos de la personalidad.

Los resultados de la prueba son cuantificados de tal manera que, para cada escala hay un valor medio (50). Entre 50 y 65 (o entre 35 y 50), y cuanto más se aleje del 50, se considera más desviado de lo normal. Por arriba de 65 (o por debajo de 35) los rasgos están más francamente dentro del rango de la anormalidad. La descripción del significado de las escalas se encuentra en el ANEXO II.

88 TAMAYO A. *Valores de los adolescentes: ejes motivacionales*. Acta psiquiatr psicol Am lat. 1993. 39 (2); 140-151.

89 BRENILLA M. E., DIUK L. W. y MARISTANY M. P. *Evaluación de la personalidad*. Aportes del MMPI-2. Psicoteca Editorial. Buenos Aires, 1992.

90 NUÑEZ R. *Aplicación del MMPI a la psicopatología*. Manual Moderno. México. 1994.

91 JIMÉNEZ O. R. *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa*. Manual Moderno. México. 1991.

92 CASULLO, MARIA MARTINA y L. GARCÍA SAMARTINO. *Studies of the MMPI-2 in Argentina*. En, James N. Butcher (ed.). *International Adaptations of the MMPI-2. Research and clinical applications*. University of Minnesota Press. 1996, pág. 252-264.

RESULTADOS

A) DE LA PSICOTERAPIA

1. Trabajo correspondiente al primer día de tratamiento:

ESCALERA: (*Bajar a la realidad*)

Conclusión del trabajo: *Mi vida.*

{Se transcriben sólo algunos pasajes de lo imaginado}

Es una escalera de madera, iluminada, los pasamanos están llenos de astillas (*yo sentí el dolor, es como una etapa, fueron esos tres primeros pisos lo de mi papá, lo de mi mamá, son realidades que duelen*⁹³), es escalera amplia y larga, hay entrepisos.

[Cuando termina de recorrer el interior, se le propone que ella es la dueña de todo lo que encontró, y que haría con ello]

Mejoraría los pasamanos. (*Evitar que otros se lastimen, que se sientan más seguros*)

No haría tantos entrepisos, (*más simplicidad*), más directo, más ancha la escalera. (*Que entren más*). Pondría puntas de goma en la escalera par que no se resbale. (*Evitar que se resbale, darle más seguridad, simbolizan las distintas perso-*

nas que aparecieron y me ayudaron). Los pasamanos de metal. (*Más fáciles de limpiar, en la medida que me voy conociendo se va simplificando más*). En la habitación colocaría una mesa, cambiaría las cortinas. (*Siento que mi corazón no está poblado de gente, estoy agarrada a una, dos, o tres personas, pero no amo a muchos, me gustaría que fuera más familiar*). Sacaría las alfombras. (*Acumula suciedad, hay que limpiarla todos los días, mi soberbia*⁹⁴)

El piso de madera lo sacaría y pondría mosaico (*Se puede mantener más limpio, se pueden sacar las manchas. Lo asocio con el tema de la verdad, el cambio, porque por haber venido caminando por la mentira,*⁹⁵ *ahora camino con esto [su motivo de la consulta]*

Consideraciones sobre el trabajo:

En el trabajo de la Escalera, aparecen simbolizadas las grandes heridas de su vida: la muerte del padre, la experiencia con la madre, con el dolor que le provoca recordarla. Se ve, sin embargo, a través de los cambios que lleva a cabo, el deseo de recuperarse y cerrar esas heridas. También se observa la decisión moral de 'caminar por la verdad'

93 En el trabajo imaginativo aparecen imágenes que simbolizan aspectos de su vida. Obsérvese como surgen desde el primer trabajo.

94 Nótese el paso del plano psicoespiritual al moral.

95 Nuevamente hace referencia a aspectos morales. Es más, aquí relaciona el problema que la llevó a la consulta con el "haber caminado por la mentira". Al recurrir a sus principios morales trabaja sinérgicamente con el plano psicoterapéutico. En este caso no se trata de una 'culpa psicológica' porque la reflexión del paciente se funda en un recto orden del ser.

2. Trabajo realizado dos meses después del comienzo del tratamiento.

CASTILLO. (*Algo especial, único*)

Conclusión del trabajo: *Lo más profundo, mi corazón.*

{Se transcriben sólo algunas partes del trabajo}

[En ese castillo hay un lugar secreto, que debe encontrarlo por medio de la intuición.]

{Allí encuentra:} (...) una caja fuerte (*seguridad*), (...)

[¿Y, la caja fuerte?]

{Refiere que está cerrada que no la puede abrir, que no están las llaves, finalmente puede hacer una palanca, y logra abrirla.⁹⁶}

Se encuentra con **dinero (poder)**, una caja de cartón que la abro y hay ropitas de bebe (*inocencia*), son vestidos blancos, y hay un letrero en la caja

que dice "bautismo" (*valores*).

{Cuando, se le pregunta qué simboliza en conjunto: poder, inocencia y valores, refiere} Me llamó la atención porque cuando me fui de aquí {del consultorio} me acordé de la caja fuerte, para mí fue algo fuerte el bautismo, mi mamá conserva el vestidito de bautismo, cuando voy a casa voy a verlo, es esa inocencia que se conserva, más allá de lo que uno hace y que ni el pecado lo toca.⁹⁷

Hay joyas, pocas, (*dones, cosas que el Señor, regala y que las tengo, yo no enterré talentos, pero los usé mal, algunos los usé mal*)

{Cuando se le dice que ella puede disponer de ese Castillo, como dueña, y usarlo para ir a vivir, refiere:}

Aseguraría la caja fuerte, ... , pondría más flores, (*pondría vida*)

Cambiaría las cortinas (*Cosas*)

96 La dificultad para abrir puede ser expresión de un comportamiento evasivo.

97 Aquí se resalta el poder de la Gracia. La paciente intuye que hay aspectos esenciales de su ser que se mantuvieron preservados del pecado. Esta conciencia de poseer un resto sano, protegido por la Gracia, es esencial para el reordenamiento de su Yo, y a partir de él organizar su persona de acuerdo a los ideales que ella elige.

Respecto a esto se puede suponer que, si bien no hay antecedentes que la paciente haya presentado estados psicóticos y por lo tanto no se puede afirmar que no haya estado consciente de sus actos, tampoco se puede asegurar que todos esos actos hayan sido realizados con el mismo grado de responsabilidad. Las conductas homosexuales se acercan al núcleo instintivo de la persona. Lo instintivo por definición es ajeno a la reflexión o el juicio, y la decisión de la voluntad. Por eso se le educa y cuando se puede participa de la libertad del acto en su totalidad. Pero, si no se lo hace o se escapa de la posibilidad consciente de la reflexión y el juicio, entonces su iniciativa puede anticipar el juicio y la decisión y así resultar menos libre, aun si luego se incorpora en la reflexión y se afirma como bueno y recto lo que se hizo instintivamente.

Al ir recuperando la soberanía sobre su persona, es verosímil que la paciente haya intuido el déficit de libertad interior que tuvo al realizar ciertos actos, y si bien no utiliza el sentimiento para disminuir su responsabilidad, le sirve para descubrir la realidad y disminuir los aspectos psicológicos de su culpa. Desde el punto de vista psicoterapéutico al identificarse con la parte de su ser que nunca desea el desorden moral, hace una opción por el cambio. Esa opción se convierte en núcleo reordenador de todo el sujeto.

que tengo y que sé que tengo que cambiar) para que no sean tan oscuras (no dar pie a un perdón que tengo y que viene de mí, ese es el telón negro.⁹⁸)

Sacaría también las alfombras.

[¿Y, el piso?]

El piso es de mosaico antiguo, está bastante manchado. *(Es la esencia de mi vida, las alfombras son esas cosas que taparon mi esencia. Es como que la esencia mía, lo que soy yo, que por circunstancias, el no tener coraje de limpiar a tiempo..., eso fueron las alfombras. La alfombra tapa, aunque embellece. Puede ser la mentira, las gambeteaba para salir del momento o zafar.*⁹⁹

[¿Se puede limpiar?]

Si, es fácil de limpiar.

[¿Lo puede limpiar ahora?]

Se puede limpiar y es costoso porque no es totalmente liso, pero se puede, sigo limpiando. Me gusta más que las alfombras.

Coloco una cruz en la cabecera de la cama *(La seguridad de estar en la presencia de Él)*

Escribo una frase en un pedazo de madera "La verdad os hará libres"

(...)

Consideraciones sobre el trabajo:

En lo que simboliza lo más profundo de su corazón encuentra poder, inocencia y valores; su relación con Dios, y en especial que es hija de Él, a través del bautismo. Opta por la vida, y quiere eliminar impedimentos para el perdón. A su vez, decide sacar lo que tapa, aquellas mentiras que decía para evitar enfrentar sus dificultades. Y, elige la verdad para ser libre.

3. Trabajo realizado tres meses después del comienzo del tratamiento:

MAR *(La inmensidad la profundidad)*

Conclusión del trabajo: *Mis experiencias*

{Cuando se introduce en el mar, tiene miedo. Distingue:} peces, piedras, musgos, y muchas ostras (la ostra perliera que, ante una sustancia extraña la cubre. Como las experiencias mías, desde la muerte de mi papá y de esas personas. Con la oración le creé una sustancia, para que no me hiciera tanto mal, el Señor fue quien lo envolvió.¹⁰⁰)

{Sigue, se encuentra con} **un pulpo** *(me asustó verlo, lo asocié con dos cosas, la imagen de mi mamá, y*

98 Obsérvese como en los símbolos se hace consciente que puede elegir o no cambiar de actitud, que en este caso es aceptar el perdón. Las cortinas oscuras expresan ese 'no dar pie al perdón', es decir una cierta oposición a la acción de la Gracia.

99 La paciente le pone el nombre de 'mentira' a lo que podría tomarse como una defensa psicológica para compensar sus problemas. En esencia intuye una realidad. Una defensa que tapa una falta moral en lugar de darle estabilidad al sujeto la agrava. Cuando decide sacarlas, ve que no era tan difícil solucionar de raíz su problema.

100 Describe otra forma de cubrir el dolor, la oración. Nótese la diferencia con las alfombras. Aquí lo que cubre forma una perla, algo precioso. Si bien el recuerdo del sufrimiento persistió en la memoria, al ofrecerlo a Dios quedó como algo valioso.

también el tema de mi sexualidad, nunca me gustó, me da asco. Lo asocio con la etapa de la adolescencia que mi mamá me usó, que tuvo gestos conmigo que me hizo sentir mal, me hacía caricias que no me hacían bien. Los manoseos de los vecinos los viví con asco, volví a ver los rostros de ellos.)

{El pulpo estaba:} agarrado en una roca, era verdoso, tiene los ojos saltones, (tiene relación con la mirada, cuando una persona me mira fuerte, me salta el miedo. Un vecino tenía una mirada fuerte, una tarde me dijo de entrar en la casa y me acuerdo de la mirada, no sé cómo zafé. Este vecino, lo veo a él, lo veo agarrándole la mano a mi mamá, ella estaba bien con él y entonces no me animé a hablarlo, a contarle a mi mamá, era una persona muy querida y allegada a la casa.¹⁰¹)

{Se acerca cada vez más:} puedo tocarlo, puedo girar alrededor de la

piedra (lo viví como que pude dar el salto, girar fue vencer el miedo de tocarlo, y acercarme, fue hacerlo más familiar. Esto simboliza la reconciliación y aceptación de un período,¹⁰² me siento menos culpable, estoy más tranquila, yo lo viví con culpabilidad, muchas veces no lo confesé, por miedo.¹⁰³

Y ahí mismo encuentro debajo de una piedra una estrella de mar pequeña de color rojo (siempre me gustó, muy tierna, lo asocio con la afectividad, estaba viva, es como una unidad con el pulpo. Es un tema mezclado, sexualidad con afectividad. No me descubrí como persona sexuada, vivía por separado lo afectivo y lo sexuado. Encerré todo lo genital, quizás a veces pensé "¿Por qué no habré sido varón?"¹⁰⁴)

(...)

{Sigue buceando y de pronto ve (...) una embarcación.}

Son piezas que están separadas

101 En esta imagen, en forma simbólica, se asocian las actitudes de la madre con las del vecino. Las dos relacionadas con el abuso sexual que padeció. El pulpo no solo simboliza el abuso, sino el dilema que se le presentó a la joven: ¿cómo denunciar a un hombre que para ella tenía un vínculo con la madre?

102 La paciente relaciona la superación del miedo con la aceptación de ese pasado. De alguna manera se está manifestando la función sanadora de la reconciliación.

103 Describe un sentimiento de culpa sin haber sido responsable. La paciente no buscó ni deseó que le hicieran lo que padeció. Sin embargo el acto sufrido parece despertar ese sentimiento. Tal vez, al vivir una situación oculta a los ojos de los referentes naturales, p. ej., los padres, y en un clima de secreto, se despierta en la conciencia del niño un estado de oscuras sospechas que le hacen dudar de la moralidad del acto. Al haber estado involucrado y no tener suficientemente desarrollado el juicio moral, siente una responsabilidad que no le cabe. Si el niño no puede, o no tiene libertad interior para describir a alguien lo que le pasó, y que le ayude a ubicarse objetivamente, no puede liberarse fácilmente de ese sentimiento.

En el trabajo imaginativo, simbólicamente revivió la situación. Pudo verla con ojos adultos, y valorarla con un juicio moral maduro, además de confrontarla con el terapeuta. Como resultado, disminuye la culpa psicológica, y se siente más tranquila.

104 Describe muy bien la disociación entre afectividad, sexualidad y feminidad, que vivía.

rotas (*fue un impacto que lo rompió*), y hay un ancla (*lo asocio con el corazón*).

[Lleve esos restos de la embarcación a la orilla.]

{Primero lleva el baúl:} me cuesta porque es pesado. Vuelvo, llego al ancla, me cuesta sacarla; **está trabada, busco destrabarla**, (*creo que las trabas son las experiencias que fui teniendo, que me trabaron*), hago fuerza, logro sacarla, la llevo ...

Vuelvo, recojo los hierros los llevo hasta la costa.

Vuelvo, sigo investigando, encuentro un timón (*lo que da dirección*), también lo llevo.

Vuelvo, **no logro sacar otra cosa** (*como que, sola no lo lograba sacar*). **Son hierros muy grandes clavados en la roca** (*A la roca la asocié con el Señor, Cristo. Los hierros, son las experiencias dolorosas, una que ...por ejemplo, la muerte de mi papá, y estar clavada, simboliza que lo pude superar cuando se lo entregué al Señor.*)

[Busque aparatos para sacarlos]

(...)

Llego a la costa, es mucho más grande de lo que se percibía abajo, a pesar de que le faltan piezas **no ha perdido la forma** (*no perdió su identidad*)

[Vaya a la costa vea cómo puede reconstruir ese barco.]

Pido ayuda, a los que me acompañan en el buque, podemos distribuir los trabajos. Unos se dedican a soldar, yo me dedico a **restaurar el ancla** (*restaurar mi*

corazón), sacarle toda la **herrumbre** (*se produce por el descuido y hay que sacarlo para continuar*). Lo lijo con cuidado, es un trabajo lento, lo lavo cuidadosamente, **lo pinto de blanco** (*pureza*). Antes de pintarlo de blanco le pongo antióxido y luego varias capas de blanco.

(...)

{Entre todos empujan al barco hasta el agua, ponen el motor en marcha, comienzan a navegar.} **El timón es flexible, lo puedo manejar tranquila** (*simboliza que puedo manejar mi vida*)

[¿Qué nombre le pone al barco.]

Libertad (*Me sentí tan bien, como que podía manejarlo y manejar tranquila, no me salía otro nombre que ese*).

Consideraciones sobre el trabajo:

Al describir sus vivencias se ve como una ostra que cubrió la muerte del padre y otras experiencias dolorosas con la fe. Surgen imágenes que asocia a sus experiencias de abuso sexual. Aparece uno de los motivos por los cuales no se animó a contarle a su madre el abuso del vecino.

Imaginativamente puede reconciliarse con el pasado, 'tocándolo'. Una vez hecho eso, aparece su afectividad, que está viva. Describe la deficiente identidad personal, asociada a la sexual.

Entre sus experiencias aparece su imagen desarmada, hundida por el impacto que sufrió. Describe como siente trabado su corazón por las experiencias vividas, y como finalmente puede

destrabarse. También ve cómo en cierta medida ha sido superada entregándola a Cristo.

Su identidad, a pesar del impacto, se mantiene. Con una serie de imágenes describe su capacidad para recuperarse del daño sufrido.

4. Trabajo realizado cuatro meses después del comienzo del tratamiento:

SUBIR Y VOLAR. *Libertad.*

Conclusión del trabajo: *Es mi vida misma.*

{Sube a la montaña. Una vez en la cima de la montaña:} Distingo muy lejanamente **la Luna**

{Vuela hasta ella. Observa figuras como sombras.} Veo la silueta de un **caballo (fidelidad)**, de **pájaros (libertad, mis valores)**. Esas siluetas pareciera que son el reflejo del mismo **Sol (algo vital)**, que son **nubes que forman las sombras**.

{Toca la superficie de la Luna:} es fría (**No me gusta el frío, es muerte**) es lisa (*no tiene otra cosa. Se me viene a mi mente la sexualidad, le tengo mucho miedo. La sexualidad la veo como un don, pero me cuesta manejarlo, es ambivalente, es bueno pero no lo vivo como bueno.*¹⁰⁵)

{Se le propone que toque las zonas de la Luna en la que veía las sombras.}

Esa zona es **más cálida** (*Ahí había luz, sentía el calorcito.*) *Simbólicamente: Puede ser que, a pesar de que hubo cosas que me marcaron a nivel sexual o genital, son positivas.*¹⁰⁶ *En el sentido, que la sombra simbolizaba valores. Lo veo como algo que despertó otra cosa como valor, como algo sano, que está. Lo frío, como esa parte no descubierta, como algo que no ... lo frío como que pasa a ser algo de renuncia.*

(...)

{Se le propone que lleve un recuerdo de la Luna.} Toma **unos granitos, suaves, brillosos, están calientes**, {estaban cerca de las sombras} (algo valioso: los dones)

Baja a la Tierra. Las imágenes las recuerda.

{Se le pregunta que podría hacer con los granitos.}

Un **rosario** (*Algo espiritual que me pone en relación con lo divino. Me llama la atención que aparezca el Rosario porque siempre me costó la relación con la Virgen, y ahora está muy presente. Me da una cierta paz que a través de los símbolos tengo la certeza de que está presente.*¹⁰⁷)

Consideraciones sobre el trabajo:

A la sesión siguiente la paciente

105 Aquí, la disociación es entre conocimiento y sentimiento.

106 La paciente parece empezar a descubrir que el placer sexual que pudo haber sentido no es malo en sí mismo, sino que el acto que lo despertó es ilícito. De alguna manera, rescata elementos positivos de otros que no lo son.

107 A medida que se desprende de la vivencia traumática que le provocó su madre puede reencontrarse con otra mujer, la que en ese momento le inspiraba más confianza.

relató las conclusiones que sacó del trabajo:

Voy descubriendo cada día más que Dios me quiere mujer, y que si Él me hizo mujer ... que Él mucho antes me eligió mujer, y que ya dentro del plan de Dios estaba esto de las experiencias [por las que consultó] es una permisión, y no me asusta y sé distinguir lo que es voluntad de Dios, y lo que es permisión. Lo permitió para otra cosa. Me da estabilidad, confianza, gozo redescubrirme, tengo ansia de perfección. Trato de hacer la voluntad de Dios, y lo otro se va achicando[sus experiencias]. Este trabajo me tranquilizó, yo siempre la fuerza última la encontré en la Eucaristía, es un imán en mi vida, y el reencuentro con la Virgen de alguna manera con la mujer.

Hay dos aspectos de la conclusión que son relevantes: primero, descubre que Dios la quiere mujer, es decir, se inserta en el orden del ser para ella, y segundo, que lo que vivió, misteriosamente fue permitido por Dios.

5. Trabajo realizado cinco meses después del comienzo del tratamiento:

COPA, *Algo frágil*

Conclusión del trabajo: *La copa fue la presencia de Jesús. Me llama la atención cómo salen cosas de uno.*

{Está en un parque. Hay una mesa larga. No hay una copa, sino varias.} Hay una en el centro, grande, de cristal fino, (transparencia), toda trabajada (la creatividad), la tomo con las manos (algo tierno, delicado, con mucho cuidado la tomé, descubrirme muy fuerte en todo mi ser de mujer)(Al ser una fiesta era algo frágil y fino a la vez. Era como que, la copa grande era un juego, las otras eran igualitas. Las chicas eran la réplica de la grande. Simboliza un ideal, un sentido de familia, la copa grande, papá y mamá y las otras donde uno crece mirando al otro¹⁰⁸ Yo no tuve fuerte esa especie de familia, fue un ideal que me hubiese gustado vivir)

Adentro tiene aceite, una mechita y está encendida (La luz para mí es vida, es algo vital, recuerda y hace presente...y también, me llamó la atención como una pequeña luz permitía ver lo cercano. Presencia del Espíritu)

Me alejo de ese lugar, {se sienta en un banco y se queda observando la luz} (La traba grande era mi mamá. Me acordé que en mi noviazgo a mi mamá le costó aceptar a mi novio en casa, me controlaba, mucha tensión.)

Sigue avanzando, la copa va perdiendo luz. Llega a un pueblo, la copa se apaga. Se acabó el aceite. Pero igual si-

¹⁰⁸ La paciente descubre el valor de la paternidad y la maternidad que radicaba en sus padres a pesar de los defectos. Al discernir, descubre el amor que en mayor o menor grado había en ese matrimonio. Independientemente de la perfección y de la intensidad del mismo, le sirve de modelo para descubrir en su interior el sentido de familia. A partir de esta vivencia podrá desarrollar el deseo de formarla.

que brillando, por la misma claridad de la noche. La quiere conservar, y le da la misma función que tenía: iluminar, se le ocurre ponerla en el sagrario de una *capilla muy precaria* (Le recuerda una capilla que vio a los 16 años). La enciende de nuevo, y se queda rezando frente al sagrario.

Consideraciones sobre el trabajo:

Aparece la idea de su ser de mujer y de familia. Además, está encendida. Recuerda aspectos de la relación con su madre, y de su profundo amor a Jesús. Además, comentó: *Noto cambios en la relación con el hombre, ayer me alegró que un joven fuera a saludarme.*

6. Trabajo realizado seis meses después del comienzo del tratamiento:

ESPEJOS. *Un reflejo.*

Conclusión del trabajo: *Mirarme a mi misma.*

Bajó a un sótano (es conocido, yo vivía en una casa, yo arreglaba todo, me decían, "sos el hombre de la casa", me veían con la fuerza de un hombre.¹⁰⁹)

Se le propone que en ese sótano hay una **puerta trampa** (lugar donde se guardan elementos útiles, o cosas que no se quieren mostrar)

Se le dice que en ese lugar hay un espejo.

Hay uno chiquito, sólo puedo ver el rostro (es algo parcial)

Tengo el rostro sereno (revela una estabilidad, a pesar de estar mal, es una gracia.

En una esquina del sótano puedo observar como vierte agua, como filtra (me recuerda aquel sótano. Me simboliza la pérdida de vida, se pierde, se des-parrama.)

Rompe el piso y descubre un caño que pierde, lo arregla.

[Se le dice que vea que hay detrás del espejo.]

Me encuentro con un río (Algo que tiene vida)

Un río que tiene tres estados, una parte serena, otra de mucho caudal, y otra que va en caída, como si fuese una cascada (quiere simbolizar lo que vivo desde mi afectividad. Me veo que tengo un caudal muy grande de afecto, que se dan momentos serenos, y momentos con mucha fuerza y en 'cascada' cuando me desborda. Puede ser positivo, aplicándolo a alguna obra; o negativo, cuando es el desborde, cuando me aferro a una persona. La parte serena es cuando espiritualmente me siento bien.)

En todo eso me parece ver reflejada mi vida.

[Se le pregunta si ese río no puede socavar los cimientos, dice que sí. Enton-

109 Esta aptitud para realizar ciertas tareas que los demás atribuían a los varones no está ligada necesariamente a las conductas homosexuales. Puede responder a una predisposición genética.

ces se le pregunta qué puede hacer para reforzar la casa.]

Perfora el costado y a la altura donde nace el **cimiento** (*lo más vital, lo más original mío*); **coloco cemento** (*mi esencia, mi ser mujer, capacidad de afectividad, los dones*).

Cada tanto perforo la pared del cimiento y **atravieso con hierros** (*simbolizan los soportes que custodian la esencia o fortaleza: la voluntad, la verdad y la prudencia*).

Consideraciones sobre el trabajo:

Por un lado describe algunos comentarios que escuchó, respecto de sus intereses, su capacidad y su destreza, que fueron vistos con características varoniles. Más adelante describe cómo vive su afectividad y cómo puede aplicarse en forma positiva o negativa.

Cuando se le propone que fortalezca su personalidad, dice que pone su esencia, su ser mujer, la capacidad de dar afecto. Y, como lo refuerza con la verdad, la voluntad y la prudencia. Más adelante hace las siguientes acotaciones sobre el trabajo:

Lo que voy descubriendo. Este trabajo lo evalué, porque tenía que abrir ventanas, son imágenes que me llevan a un lugar más profundo, lo más positivo

es que vivo con mucha serenidad, no estoy asustada. Hace tres meses estaba desorientada. Me reconcilio con mi afectividad. Me pongo delante de Dios y le agradezco por el afecto que me surge; la memoria, la fantasía no es tan caudalosa como antes. No tengo miedo de hablar de las personas que quiero. Es poder mirar a las personas que pasaron por mi vida de otra manera. En estos días pensé, ¿cómo me pensó Dios antes de crearme? Me pensó mujer, y me pensó con todos estos vaivenes, ya sabía las permisiones, y eso me dio paz. Veo que si me siento mal es por soberbia, si viene la vanidad me desestabilizo ¹¹⁰.

7. Trabajo realizado siete meses después del comienzo del tratamiento:.

VOLCÁN I : (*'La transformación' 'El peligro.' Tiene que ver un poco ...le tuve miedo por el efecto, y por otro lado es una transformación que es necesaria.*)

Conclusión del trabajo: Mi vida

Está frente al volcán con una gran variedad de colores.

Tiene toda una **franja negra**, (*como brea, simboliza muerte, iba de arriba abajo, marca un antes y un después. Pensé en mi padre, que vivo como un arracón, por ejemplo cuando llega el día del niño. Hay, en mí, una nenita de*

¹¹⁰ La paciente fue ordenando su vida afectiva desde un plano ontológico, así descubrió el sentido de su existencia. Partió del hecho que, si fue creada mujer era para vivir como tal. Ubicada en ese punto pudo expresar afecto sin miedo y recordar su pasado sin que le provocase sufrimiento.

ocho años que siente una arrancón.) Ver Figura 1.

Está a los pies del volcán, hay restos de erupciones (restos de experiencias.)

Me gusta la **variedad de colores** (lo relaciono con lo positivo, lo que tiene vida.) Me sigue llamando la atención la **franja negra** (Yo la bordeaba, era como un manto negro puesto sobre el volcán, una franja. Me asusta pensarlo, simboliza muerte. La noche es negra, y en la negrura Dios se manifiesta. En mi vida simboliza un pasado que cuesta aceptar, un pasado de muerte, y si bien descubro la vida, aflora esto, sale una tendencia a ver lo que hice. Puede ser el pasado que no me gusta tenerlo, y lo tengo, y es parte de mi vida¹¹¹)

Llega a la cima [Cráter]. Puedo observar una **gran boca** (un abismo)

Comienzo a descender, está muy socavado, da la impresión de ser un volcán que ha estado en erupción muy recientemente (Mi pasado reciente. Pensé mucho en este volcán, es volver a revivir cosas, a sentir cosas que hacía tiempo que no sentía, que me hizo tener miedo de volver a tener el miedo de esa erupción, de experimentar la vida. Englobo todo: lo afectivo, lo sexual, lo relacional.

Está muy tibio, me llama la atención toda una **franja cristalina, como un vidrio, es duro compacto**, (La transparencia, es que se ve atrás, es esa parte donde me doy a conocer. Lo relaciono con mi vida afectiva, siempre le gambeteaba y hubo un momento que necesité contar la vida con detalles. Ahora no tengo nada que no haya manifestado, a Dios le largué todo, uno queda a la intemperie.). Ver Figura 1.

Veo en la parte donde camino como si fuera una **brea que está dura, toda agrietada**. (Me llamó la atención que caminé 'sobre' esa franja. ¡Y, es negra!, y el miedo simboliza miedo frente a lo que no se ve. Es un proceso donde empiezo a 'pisar' mi realidad, me animo más a verme. Me llama la atención que la franja se exteriorizó. La gente me veía mal y me decía "se la ve mal", era mi exteriorización en forma de angustia, melancolía, ahora me doy cuenta, la gente lo veía. La reacción de la gente me hacía reaccionar, fue una suerte que se exteriorizó. Piso mi propia tierra; por fuera [cuando ascendía por la ladera del volcán] no la pisaba, me di cuenta que lo exterioricé [y que la gente lo veía] porque me interioricé.)

Me encuentro con un tronco petrificado. Se pueden distinguir los círcu-

111 En este trabajo relaciona la muerte del padre con las experiencias homosexuales que vivió. Ante esta asociación cabe preguntarse si hay relación entre ellos. No resulta inverosímil pensar que la pérdida del padre fue un factor vulnerable que generó un estado de necesidad afectiva que no se llenó orgánicamente en la familia. Cuando encontró una persona que le dio afecto se volcó a ella pero, por la disociación entre afectos, sexualidad y feminidad, se involucró el placer erótico. Si esto es así, lo que relaciona la muerte del padre con sus conductas homosexuales es que la debilidad afectiva facilitó la conducta homosexual.

los de la madera, es de color rojizo. (Me llamó la atención que aparezca y ver los círculos, conté 29. Hay tres años de mi vida que no recuerdo, tengo 32, [Como si tuviese tres años menos]. No me acuerdo de los 9-10 y 11 años. Después de la muerte de mi papá repetí un grado. A partir de los once años empecé a vivir otra experiencia. No recuerdo, por ejemplo, por qué repetí ese grado, ni de las maestras. No puedo reproducir la foto de mi papá, nunca lo soñé. La mancha negra desaparece en el tronco. Ver Figura 2.

El tronco es muy pesado (englobé mi vida en ese tronco. Puede ser que no esté petrificado pero que mi tendencia a mirarlo lo petrifique, lo vivo como algo que hay...un sentimiento de fondo y que me quedé en algo estático, que no podría dar vida. Hay experiencia de petrificado. Pero, si es mi vida no puede estar petrificado, yo lo petrifiqué. Un pedazo que dio vida, lo dejan, no le dan utilidad, y se petrifica.

Que no perdió el colorido, estaba tal cual, puede ser mi tendencia a mirar mucho el pasado.¹¹²)

Sigo bajando, y me encuentro aparentemente con un túnel donde se puede divisar al fondo una ventana que permite la entrada de luz. Parece una salida. (Túneles que se usan para escapar, lo puedo aplicar a mi vida, cuando me

boicotié: cuando busqué soluciones sola.)

No distingo absolutamente nada, tengo ganas de meterme en el túnel (buscar soluciones sola). Es un espacio muy pequeño, (No permite que otro entre, puede ser jugar con el límite.) pero lo puedo hacer. Voy muy despacio, es muy resbaladizo (Lo resbaladizo es el límite). Hace bastante calor (protección). (Todo esto es...las situaciones concretas que viví con algunas mujeres. Me sentía acogida, protegida, que era necesitada. No me sentía bien. Estaba en el límite resbaladizo porque era reincidente, volvía a caer, jugaba el miedo, el qué dirán, no permitía clarificarme. Tenía miedo de perder la fe definitiva, de que me segregasen mis conocidos.)

[Se le sugiere que vuelva al interior del volcán. Lo hace.]

Sigo bajando, me encuentro con parte muy movediza (inestabilidad).

Veo una pequeña montañita de tierra roja (lo asocio con amor y martirio, el gastarme) Ver Figura 2.

[Llega al fondo del volcán.]

Debajo hay un material de diversos matices de grises (me llama la atención, porque yo tiendo a ver negro o blanco, aparecen matices de mi propia vida, que es descubrirme como matizada). Lo recubre una capa, parece que piso sobre vidrio (En lo profundo de mi vi-

112 La descripción que hace del árbol transmite la angustia que generó la muerte del padre. Ese hecho, de tanto analizarlo, pensarlo o sufrirlo, quedó petrificado en su interior. De allí sale la mancha negra que relaciona con experiencias pasadas.

da está ese deseo continuo de vivir la transparencia, hay momentos que me cuesta ser transparente)

Hay un pedacito de la base en que veo piedritas brillantes, duritas como rubíes (dones míos, me gustan). Ver Figura 2.

[Se le pide que investigue la cubierta de vidrio.]

Es una masa compacta (*era como una tapa, algo que no me animaba a ver*)
{Puede levantarla}

Es una zona muy negra, como si estuviese hirviendo (*Me parece ver o sentir el hecho del recuerdo, en la memoria tengo frescas situaciones y que me pasó. Tuve miedo a conocerme, porque esto me lleva a conocer a fondo mi realidad, el temor a que se escandalizaran de mi vida. Pude abrir la base del volcán, a pesar de que era pesada, y al abrirla me encontré con otra realidad, que es la misma, pero se minimizaron, dejé de experimentar el miedo. Descubrí que tengo tendencia a magnificar mi realidad o que no me evaluó bien. El fondo no era tan podrido.*¹¹³)

Después veo una zona muy profunda que parece como llamas, tiene color rojo fuerte (*el corazón*)

[Se le pregunta qué haría con ese volcán]

Trataría de que **no hiciera erupción** (*por lo que produce al erupcionar*)

8. Trabajo realizado ocho meses después del comienzo del tratamiento:

En otra sesión se la invita a sacar el tronco del interior del volcán.

VOLCAN II

Se le sugiere que con el equipo que ella requiera baje hasta el lugar que está el tronco, y que lo saque. (*Es sacar algo, para verlo, analizarlo*)

Me cuesta desprenderlo, **está muy agarrado** (*está apegado, hizo raíces en mí*)

Finalmente, después de muchos esfuerzos lo saca (*No lo podía sacar fácil. Experimenté mucha resistencia para sacarlo, me resistía a despegarlo*)

[Se le propone que lo lleve a la llanura.]

Es marrón clarito (*a pesar de que estaba petrificado, da la sensación de que tiene vida.*)

Hay una parte del tronco, que tiene como un **hueco negro** (*El negro, el tema de la muerte, y noche de un proceso de una pérdida*)

Decidió conservarlo, lo usó de pie, abajo le puso una base de roca, arriba le pondría una rodaja de madera, y allí apoyaría un sagrario.

Consideraciones sobre el trabajo:

La paciente sacó las siguientes conclusiones del trabajo:

Fue sacar una realidad de mi vida,

113 Al conocerse pudo valorarse en su totalidad, y al ver sus aspectos positivos aumentó su autoestima.

que experimento como negra, como que parece que no tiene vida y poder descubrir que hay vida.

Me habitué a estar con el tronco ahí. Era algo masoquista y como una justificación, que conocía como una carencia... hasta qué punto no era que quería justificar ciertas respuestas de mi persona a partir de esto. Casi un agredirme con esto.

Había épocas que veía un papá por la calle y era agarrarme bronca y despotricar contra Dios. La reincidencia de masturbaciones; me agarraba bronca cuando me acordaba de lo de mi papá, y me masturbaba y eso me calmaba.

-¿Por qué pudo simbolizar a su papá en el tronco?

Fue algo muy violento, a los 8 años no se me ocurrió que papá se fuera como se fue, con los ojos blancos, media cara gris, medio violáceo, me acuerdo como si fuera hoy.

Por ahí no es la imagen de mi papá. Yo viví con un tío mío una imagen de manoseo, quizás no es la imagen de papá, sino la experiencia de violencia de chica, de los manoseos, no haberme sentido valorada por el hombre, sino como objeto de pasión, de uso. También por mis mismos hermanos, que me hacían bromas, que no me hacían bien, no me respetaban.

Yo buscaba la imagen de padre,

después de la muerte del mío, pero se truncó, yo me entregué a mi tío, y después veo que me mira de otra manera, y me descolocó.¹¹⁴

Yo hice transferencia con mi hermano mayor, que busqué como padre, y su desorden, el desorden de su familia, eso me quebró, me costó y me cuesta.

En este trabajo surgen con mucha fuerza los efectos de la muerte del padre, cómo lo quería y cuánto la afectó su desaparición. A su vez, se observa la relación entre esta pérdida y el desorden sexual. Es notorio cómo expresa en imágenes la exteriorización, a través de síntomas, de lo que vive en su interior. Descubre nuevos aspectos de los efectos de la muerte del padre. Las evasiones que adoptaba. Describe la sensación que le producía las relaciones con otras mujeres y su sentimiento de culpa posteriores.

Cuando saca el tronco, constata hasta qué punto la muerte del padre había echado raíces en ella. En los comentarios que ella misma hace del trabajo, describe la relación entre la muerte del padre, la búsqueda de otras figuras paternas, y la frustración cuando esos varones no asumen la paternidad sino que erotizan la relación.

La vívida descripción del hecho doloroso coincide con la que dan otros

114 La descripción es patética. La búsqueda de una paternidad frustrada por la miseria humana.

pacientes para situaciones que marcaron su vida.¹¹⁵

9. Trabajo realizado diez meses después del comienzo del tratamiento:

SEMILLA *Algo que tiene vida*

Conclusión del trabajo: *Es la vida. Mi historia, que arranca de una semilla, pensarme que fui una célula.*

Está en un lugar descampado, con mucho verde. Hay una casa antigua. Hay graneros. Hay un aljibe. *(Me vino la casa de mis abuelos paternos. Es la primera etapa de mi infancia, de experiencia fuerte de familia, hasta los primeros ocho años, antes de la muerte de mi papá visitaba mucho la casa de mis abuelos. Después de la muerte, se truncó, no volvimos a frecuentar la casa. ¹¹⁶)*

Sobre el aljibe hay como una flor seca, *(Algo que cumplió su ciclo. Puede ser todo un tiempo de ocultar cosas, tapando, eso que rodeaba la vida, lo marchito, puede ser la falta de verdad, el no ser clara. Mi pasado, hasta que tomé conciencia que mi vida debía ser tomada de nuevo. Después de la muerte de papá adquirí esta flor seca. Lo veo como imagen de descuido. ¹¹⁷)*

Mientras que estaba papá tuve experiencia de familia, y después un

arrancón, después se ocuparon mis tíos. Vivo una desvalorización de mi persona. Mi mamá me vestía de varoncito. Lo que anulé bien fuerte, fue una opción que hice a los 8-9 años, y es que yo me puse a vestirme como nene, quería... ¿por contentar a mi mamá?... no vestía como nena, salvo cuando salía, hubo desvalorización en la infancia y en la adolescencia. Me iba a la escuela, me ponía camisas de mis hermanos, o con los pantalones o camisas de un primo. Hubo un vuelco grande después de los 15 años, ahí empecé a mirarme un poco a mí, surgió lo propio de mujer, pintarme, arreglarme. En la adolescencia, el conflicto era una no aceptación de mi persona, no fue tanto con mi familia, sino conmigo).

La tomo, la abro, y adentro hay un granito marrón con rayas blancas *(El grano en sí es...tiene vida, es compacto, estaba a punto de sembrarse, ni podrido, ni fofa, estaba entero) me quedo con ese grano en la mano*

-¿Qué le parece adecuado hacer con ese grano?

Plantarlo *(Darle una nueva posibilidad de vida)*

Busco una maceta, busco tierra buena, abonos, la riego, *(El ponerlo en*

115 GARCÍA SAMARTINO L. *Símbolos relacionados con abortos*. Rev. de la Fundación de Psicoterapia Simbólica. 1999. 2 (2): 57-69.

116 Nótese cómo los trabajos giran sobre los primeros años de vida. Esto concuerda con la importancia de esta etapa en la formación de la identidad personal y en su problemática homosexual.

117 La imagen de la flor seca para expresar la desvalorización, refleja la sequedad afectiva que sufrió después de la muerte del padre.

algo más chico, es para ver la evolución. El ambiente pequeño fueron mis tíos. En ellos tuve experiencia de sentirme contenida, querida. Hasta que se rompe, a los 16-17 años, ahí tuve la experiencia con mi tío, salí con una herida. Hasta ahí lo viví bien.)

[Se le sugiere que pasa el tiempo, que describa lo que ocurre.]

Es una planta que germinó, que necesitó ser trasplantada (*Era grande y podía atrofiarse ahí adentro*)

-¿Dónde la trasplantó?

En el **jardín** (*Algo familiar, pienso en la parte de mi relación con la sociedad, deporte, campamentos, viajes, camaradería*)

Adquiere un tallo robusto, es bastante más alta que ella.

-¿Cómo le impresiona?

Es un **arbusto** (*al arbusto lo asocio con mediocridad, es la parte de mi vida que viví en forma mediocre, que produce hastío*)

[Se le sugiere que vuelva al tiempo.]

Lo veo **podado**, pero con brotes (*Me costó mirarlo, me gusta ver la poda, pero me cuesta que haya que sido podado. Lo vi cortado, pero con brotes. Siento que sufrí varias podas en mi vida. La primera poda fue el arrancón de papá. Otras podas, no haber desarrollado en un ambiente más de familia, con mamá*

y hermanos. Cortar con mi novio, me costó, estaba enamorada. Cortar con los malos hábitos, es una poda)

En el tronco puedo observar un golpe de un **hachazo** (*Alguien violento le pegó, fue como una herida. Pienso en mi mamá, la única vez que me pegó, me cuesta perdonárselo, desconfió cuando a los 12 años me pegó desafortunadamente y me lastimó con la hebilla del cinto.*) *sale savia (pienso en el sufrimiento.*¹¹⁸)

-¿Tiene flores?

No

-¿Vuelve en la época que tenga flores?

Vuelvo en primavera, está tupido de flores matizadas, de distintos colores, forma especial (*Me hace pensar en la Virgen. Que aparezca simbólicamente María es un deseo, la relación con la Virgen cambió mucho, que se transforme mi corazón, el deseo de la pureza del corazón que siempre quiero.*

-¿Qué fin haría con ese arbusto?

Lo dejaría, lo cuidaría, respetaría sus tiempos. **Lo dejaría en el jardín.** (*Si lo saco corre riesgo, porque la plantita estuvo varios años, se podría secar. Se me presenta un presente y un futuro. El presente, estoy bien, es mejor dejarlo como está, no quiere ser tocado, estoy bien con lo que hago, que siga así.*)

118 No puede dejar de llamar la atención la impronta afectiva que dejó esa paliza. A todo lo que había vivido con su madre se sumó la desconfianza.

Consideraciones sobre el trabajo:

La paciente hace una descripción de diferentes etapas de su vida. Describe como un hachazo la conducta de la madre. El símbolo del árbol va sintetizando distintos aspectos de su existencia, todos dolorosos.

10. Trabajo realizado diecisiete meses después del comienzo del tratamiento:
REINO

Es un lugar campestre, con mucha vegetación. Muchos animales. Un lago. Y, en medio de todo eso hay una construcción inmensa como un palacio, que tiene una parte nueva y una parte de las ruinas (*Mi reino es mi historia, si tengo señorío sobre esa historia no sé. Es una posesión mía. Tiene como si fuera dos partes, de ruina y de construcción nueva. Es un reino que sufre un derrumbe, una demolición, y que paralelamente hay construcción que tiene futuro. Es algo armonioso, como visión general*).

Tengo un vestido largo, tengo un peinado con bucles, estoy dentro del palacio (*Es una imagen mezclada. El vestido es de los 15 años, y el peinado de un desfile de los 9 años. Niña y adolescente. En el desfile yo me sentí importante. Los 15 años, fue sumamente importante, me marcó la celebración eucarística, yo no quería fiesta, sí la misa. En esa misa estaba un chico que*

me gustaba. No quise tener fiesta, para no dar gastos.)

Hay una sala grande, toda alfombrada, hay un sillón. En el sillón rojo están mis padres.

Papá tiene un traje celeste (*Lo vi vestido así en un casamiento, y el día que falleció, lo vistieron con ese traje. Me recuerda la vida y muerte de mi papá*), mamá tiene un vestido brillante (*Mamá una vez se puso un vestido así, en mi adolescencia. Con mi mamá hay una traba, la recuerdo en momentos de conflicto*).

En un extremo, en un sillón, veo a mi abuela. (*Hay una historia con mi abuela: una mujer con mucho poder, de mandar. Verla sentada, controlando, siento que influyó negativamente en mi vida, es el tema de que ella tenía por importantes a los varones y al nieto varón. Después que falleció mi papá, yo me empiezo a vestir como varón. Después de la muerte de él, opto por vestirme como nene: pantalón de mi hermano... camisa. Hay una no aceptación de mi ser de mujer, que no le importaba a nadie, desvalorización de mi ser de mujer.*) En sus manos tiene un bastón de oro, (símbolo de poder) y un vestido rojo.

Hay otras personas. Hay un tío, una tía, (*Son los que me criaron, ella es la hermana de mi mamá. Antes tenía una relación muy linda, hasta los 20*

años, ahora siento un rechazo grande, trato de evitarla. Me molesta más desde un comentario que hizo mi hermano mayor: "Tu tía es una tortillera"¹¹⁹ Lo asocié con mis situaciones, a partir de eso la rechazo, y pensé si influyó en mis problemas.)

Están en la sala principal. **Mi abuela es la dueña. Papá está al servicio de ella y mamá también.** (Es la experiencia que acumulé de chica, mi abuela se metió en mi familia hasta que mi papá murió, y después no.)

Comentarios sobre el trabajo:

En este trabajo se describe, por un lado las relaciones familiares, antes y después de la muerte del padre. Por otro, surge un dato nuevo que es una posible alteración de la identidad sexual de una tía materna.

11. Trabajo realizado el vigésimo mes después del comienzo del tratamiento:
SUEÑO . Se analizó un sueño que trajo la paciente.

Conclusión del trabajo: *Simboliza sueño-realidad.*

Refiere que tuvo un sueño que la inquietó mucho. Se le propone trabajar como si fuera un trabajo imaginativo.

"Estoy dentro de un galpón, hay muchos hombres, yo estoy en medio de ellos, los miro y me miran, me siento un poco rara, hay un espejo, donde me veo

con una barba larga, siento que me dicen que soy mujer, pero les digo que no puedo evitar lo que tengo en el rostro."

-¿Cómo es el galpón?

Es oscuro, muy poca iluminación, hay muchas maquinarias (Me remiten a mi infancia sobre todo a la parte paterna, al galpón de mi abuelo)

-¿Cuántos hombres ve?

Muchos hombres (Como si fuese una parte mía. Que me miren, es sentirme observada. Que yo los mire, es mi expectativa. Es sentirme observada como varón. Cuando iba al campo con mi abuelo paterno, después de morir mi papá, a veces no volvíamos a comer a la casa, y comía con ellos)

Están vestidos con mamelucos y cascos amarillos.

-¿Y, Ud.?

Yo tengo un jean, unos zapatos abotinados y una camisa a cuadros (Eso tiene que ver con mi adolescencia. El jean, era mío, la camisa y esos zapatos ordinarios tienen que ver con lo que me ponía mi mamá. La ropa rotaba, lo que dejaba de usar mi hermano o mi primo, me lo daban a mí.)

Los rostros de los hombres son distintos, hay rubios (Son 'gringos'. No reconozco a ninguno. Bueno... Daniel es rubio, tiene unos ojos muy lindos, muy hombre. Hay un chico que me gusta, ¡y esto no me pasó nunca! ¹²⁰)

¹¹⁹ Es la primera vez que aflora ese dato.

¹²⁰ Es la primera vez que expresa que le gusta un muchacho.

-¿Y, el espejo?

Está en un costado, sucio, es mediano.

-Acérquese al espejo. ¿Tiene la barba?

Si

-¿Cómo es la barba?

(Es propia del hombre, me vino la imagen durante la semana. Me pregunté, ¿En mí, que quiere simbolizar? Me dije: el límite, algo que no me gusta, que está, como algo que es parte de la personalidad de uno, que no necesariamente tiene que ser cambiado, sino trabajado. Como símbolo: los límites de lo correcto.)

-¿Qué relación hay entre los límites de lo correcto, y la barba de hombre?

(La barba apareció en mí...por ese trabajo interior que me cuesta: el contacto con el hombre, algo que rechazo aparece en mí.)

-¿Qué le digan, "vos sos mujer"?

(Se nota la diferencia, que hay diferencia con ellos, que hay identidad femenina.)

-¿Y, cuándo dice: no puedo evitar lo que tengo en el rostro?

(Lo que dije fue: "Yo sé que lo soy, pero no puedo evitar esto", y me tocaba la cara. Para mí simboliza el límite, y que me cuesta cambiar. "No puedo evitar", sería como decir 'me cuesta sacarlo'. Lo que cuesta es el desarraigar.)

-¿De qué límite habla?

(Trasgresión en lo sensual. Pero no es sólo eso, se puede dar en cosas pequeñas, por ejemplo, hacer lo que

quiero y no lo que me mandan)

-Fíjese el borde de la barba, a ver si está pegada. *(No es parte de uno, se adhirió)*

Tiene aspecto raro, está muy superficialmente adherida a la piel, la puedo arrancar *(No tiene raíces, es circunstancial, no tiene mayor importancia)*

En algunas zonas siento que me estira *(Cuesta y duele, hay zonas que está más adherida)*

-¿Qué significa que esté más adherida, con relación al límite?

(Yo sé que tengo que poner, a nivel afectivo, cierta distancia, porque tiendo a apropiarme, esa tendencia está más adherida, sacar ese 'poner distancia' duele, cuesta. Cuesta más por el uso [Por el tiempo que hace que lo practica], porque yo ya lo hago con naturalidad.

[Al llegar a este punto, durante la simbolización, refiere: "Desde hace un mes y medio me pasa algo con un chico, en el lugar de trabajo. Es el más 'normal', es bien. El trato es distinto, me di cuenta cuando me dijeron que se va. Él me abrió el corazón [Le contó sus problemas] un hombre me abrió el corazón y la vida, me lo hice muy mío. Quiero saber en qué está él; me regaló un buzo, me ratoneo, revivo la situación de los 16 años. Empecé a sentir que él me respeta, sentirme mujer frente a un hombre. Me 'banco' sus gritos, estoy enamorada, siento algo muy especial, deseo tener pareja, hijos, familia. Me siento tranquila, siento que desde la forma de ser

de él, me complemento. Él no se había abierto con otras, es de mi misma edad. Se me mezcla la 'ratonera'; no me dijo que se iba. Me enteré que se iba y que está de novio con una extranjera [Por otra persona]; y, él me había dicho que las extranjeras no le gustan, no lo entiendo. Tengo que tratar que no se dé cuenta de lo que siento. No mirarlo tanto. Pero, cuando lo miro, él me está mirando.”)

Vuelve al galpón, mira y:

Veo un tractor, y veo sentado a mi abuelo (*Me sorprendió, hasta ahora no había salido la imagen de mi abuelo; y, la relación con el tractor es que él me enseñó a manejar con ese tractor, a los 9 años. El color del tractor, su pose, fue un momento de alegría; él me enseñó mucho del campo. Podía charlar con él; a veces no me acercaba a él por bronca con mi abuela.*).

Me acerco, lo saludo, me abraza y me acaricia el rostro. Me dice que me parezco a mi padre, lo veo llorar, lo abrazo (*Lo que siempre me repetían era una cosa que me costó aceptar, que me parecía a mi padre, y yo en las fotos soy parecida a mi mamá. Ellos me decían que tenía gestos de papá. ¿Porqué le tenía tanto rechazo a mi mamá? Siempre escuché que era parecida a mi padre. Alimentaron la tendencia a mi papá y quedó ofuscada en mí, mi mamá. Ahora empiezo a ver lo positivo de mi mamá. Ahora no me incomoda ser parecida a mi mamá. Esto simboliza un*

momento de sanación.

Es como ver la imagen paterna muy fuerte de parte de mi abuelo, y poder decir que no soy parecida a mi papá. Es como si ellos me convencieron. Asocio esto a la época que me ponía ropa de varón, no sé si lo habré hecho para parecerme a mi papá o para rechazar a mi mamá. No sé si todo eso de que mi papá me quería, que me defendía, que me mimaba, yo era muy chica cuando murió, no tengo tantos recuerdos míos de mi papá. No sé si no influyó mucho mi abuelo. Él decía “viene el chiquito”[sobrenombre que le daban al padre] en vez de mi nombre. Me decía, mi abuelo, que tenía la forma de caminar de mi papá.)

-¿Qué le parece hacer con la barba?

La tira a la basura y después la quema.

Hay una llama alta, quema con mucha fuerza, larga muchas chispas (*es una purificación. Las chispas simbolizan vida. Es algo que se consume pero da vida. La llama aumentaba más a medida que se quemaba, no disminuía.*).

Vuelve a entrar.

No hay nadie más.

-¿Qué simboliza que no esté el abuelo?

(Se puede simbolizar, por el hecho que estaba antes de quemar la barba como alguien que estuvo presente en mi vida por un período, y después no estuvo más. Porque hasta los quince años

fui a casa de ellos, después no lo vi hasta que estuvo en terapia intensiva).

Va a la casa se pega una ducha, se pone un pijama, lava la ropa de varón y la plancha.

La voy a regalar a alguien que la necesite (Algo que hice al poco tiempo que inicié la terapia, a los 4 meses, fui a mi placard y tiré papeles que me enganchaban a ciertas personas).

Consideraciones sobre este trabajo:

Lo que llama más la atención de este sueño, es que por primera vez en dos años expresa que le gusta un muchacho. Por supuesto, el sueño impacta por la manera que se manifiesta el conflicto de identidad, a través de verse con barba.

Surge su conflicto con el hombre, el rechazo que siente por él.

También, la relación con sus abuelos, y una cierta reconciliación con la madre. Se pone en evidencia la importancia que tienen otras personas del entorno.

Respecto de este trabajo la paciente comentó:

"Me llamó la atención que Ud. me animara a prolongar el sueño que tuve, me dije, ¿Cómo puedo soñarlo y retomarlo en una terapia?

Me parecía medio utópico, para mí fue un sueño, pero terminó siendo una parte real de mi vida.

[Fue la relación con el abuelo después de la muerte del padre. El abuelo le dio trato de varón, la madre le daba

ropa de varón, le decían que se parecía al papá.]

Cuando hay algo que me confunde, pierdo la objetividad, no veo más que esa dificultad, la que me confunde.

Mis primos no me respetaban, eso lo viví como algo muy fuerte. Entre los 9 y 12 años, siento que fue muy traumático, yo vivía con mucho miedo. Yo comulgaba, pero no me confesaba, por miedo. De grande me pasó otra vez, el miedo a decir la verdad.

No sé cómo este miedo no me salió con el muchacho que conozco ahora. Porque cuando tenía 27/28 años había un profesor re-cariñoso y me decían: "tené cuidado que se te acerca mucho". Y yo me enganché, y el también tuvo algún gesto como que algo le pasaba. Pero en ese momento yo estaba enganchada con una mujer. Yo intenté contarle a ella lo del profesor, pero ella me agredió, tuvo celos. Me di cuenta que me había enganchado mal con esta mujer, y ahí viví con miedo, y no lo conté a nadie. En ese momento abrí mi corazón a alguien con la que estaba mal enganchada. Fue un período muy fuerte.

Después de varios años, yo me pude absorber con una mujer. Ahora me doy cuenta que yo me había puesto en una actitud de acapararla, de "chuparla" para satisfacer cosas mías, que ella no tenía la culpa. Ahora veo la responsabilidad que tuve, pero lo veo bien.

El otro día compartí lo que siento con este muchacho con una chica y pude

confiar en ella y ella me aconsejó bien, es una verdadera amistad, hay cariño, pero no-invasión.

Respecto al sueño de la barba, no sé si influyó que hace un año estoy trabajando con varones. El estar entre muchachos que me respetan me hace sentirme mujer, y me hacen sentir que soy mujer. Pero, no sé si me jugó en contra la experiencia anterior, de chica, de estar entre varones.

Los varones de hoy me ven como mujer; pero yo pienso: "Ustedes no saben que yo tengo otra experiencia. ¿Me ven mujer por la ropa o por ser mujer?"

La barba representa el pasado. Frente a realidades nuevas está presente el pasado, a nivel de experiencia sexual. Me llama la atención que frente al muchacho no influyó el pasado, no me importó el pasado y creo que me enamoré.

Estos sentimientos no me descolocan. Todo mi pasado es parte de mi vida, frente a esto que siento hoy, es un paso más en mi vida. Es un pasado que yo gambeteaba, ahora se me presenta como aceptable.

Lo que siento ahora me da fuerza y me hace revalorizar muchas cosas: siento deseo de ser mamá, de engendrar una vida, de sentir una persona al lado.

El otro día me di cuenta cómo me enganché con él, me contó lo de la novia, y sentí la movilización, sentí que me despertó la maternidad, el deseo profundo de engendrar una vida. Él es un hombre bueno, es gentil, y me quiere 'pilas' yo siento cosas parecidas a cuando estaba de no-

via. Le agradezco a Dios por esto que siento.

Este trabajo habla por sí solo. Después de veinte meses de trabajos imaginativos, en un sueño expresa todo sus conflictos. Es frecuente que los pacientes recuerden los sueños a medida que avanzan en la psicoterapia.

EVOLUCIÓN

La paciente durante más de tres años no volvió a tener conductas homosexuales. Mejoró la relación con la madre y los hermanos. Sus amigos le expresaron en numerosas oportunidades que notaban un cambio, sobre todo por la alegría que expresaba.

Pasado ese lapso, un día se encontró con la joven que había tenido el mayor número de conductas homoeróticas. Si bien se habían visto e incluso habían hablado de sus experiencias en muchas oportunidades sin que se repitiesen los deseos ni las conductas homosexuales, ese día se sumó, en la paciente un profundo estado de depresión, y en la otra joven una descompensación psíquica. En esa oportunidad se dieron conductas homosexuales, que no se volvieron a repetir durante por lo menos seis meses después.

B) DEL CUESTIONARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

El cuestionario se administró cuando comenzó la terapia y dos años

después, coincidiendo con la época del último trabajo comentado. (ver ANEXO I)

En la primera, el perfil reflejaba una persona que manifestaba fuertes descargas impulsivas, agresivas y destructivas que difícilmente podía llegar a controlar y que daban origen a conductas de riesgo. Las descargas impulsivas no se pueden explicar por motivos reales, sino que surgen de las fantasías del sujeto, que presentan un gran contenido de agresividad.

En la última toma, dos años después, el perfil correspondía a una persona que muestra gran actividad. Da la imagen de ser sumamente activa, con objetivos más delimitados y realistas, aunque oscila de una tarea a otra y existen dificultades para concentrarse y terminar lo que está haciendo. Manifiesta un tono afectivo eufórico, pero parece coincidir en una forma más adecuada con las actividades que se realizan y con los estímulos que se enfrentan.

La escala MF, se acercó más a lo esperado para su sexo.

En las escalas de contenido, se observó un aplanamiento de todas las escalas. Disminuyó la ansiedad, miedos, obsesiones, pensamiento bizarro, y fue notoria la diferencia en las escalas correspondientes a problemas familiares y de trabajo.

En las escalas suplementarias se observó aumento de R, es decir, aumentó la tendencia a ser más sumisa, y evitar situaciones desagradables. El incremento

de OH, refleja una mejor capacidad de tolerar la frustración sin venganza. Se manifestó una disminución de los indicadores de estrés.

C) DE LA ESCALA DE VALORES DE SCHWARTZ

También fue administrada simultáneamente con el MMPI-2.

No se observan modificaciones notables entre los dos perfiles (ver ANEXO II). Este resultado coincide con el tipo de trastorno que presentaba la paciente. Su problema no se encontraba tanto en la esfera de los valores fundamentales, sino más bien en la psicológica.

CONCLUSIONES

I) RESPECTO DE LOS ANTECEDENTES DE LA PACIENTE

Como se describió en la historia vital, la persona que concurrió a la consulta padeció muchas circunstancias que se citan en la INTRODUCCIÓN como posibles factores predisponentes de la conducta homosexual. Se pueden nombrar las siguientes:

- 1 Su madre le manifestó rechazo por ser mujer. Este factor debe haber interferido en la identidad con el rol femenino y más adelante con su identidad sexual.

- 2 Su padre falleció antes de que se completara su identidad sexual. Él afirmaba su identidad con lo femenino.
- 3 Después de ese hecho sufrió una serie de alteraciones familiares: dificultades económicas, debilitamiento del núcleo familiar, problemas con sus hermanos, etc., que enturbió aún más la relación con su madre y hermanos. Éstos, por el impacto que sufrieron no pudieron ayudar a la paciente en el proceso de identificación.
- 4 Después de la muerte del padre sufrió abusos sexuales en varias oportunidades por parte de varones que ella había identificado con figuras paternas. Estos hechos deben haber actuado en dos sentidos. El abuso per se genera un rechazo hacia las personas del mismo sexo del abusador. Pero, además y quizá lo más importante, le hicieron perder la oportunidad encontrar un 'padre' que le ayudara a reforzar la imagen femenina.
- 5 Haya sido su madre o sus abuelos paternos quienes le expresaran su preferencia por los varones, le propinaron un nuevo ataque a su identidad como mujer.
- 6 Su primer contacto homosexual se dio con una amiga que venía de un fracaso matrimonial. La paciente no refirió que esa mujer tuviera conductas homosexuales. Cuando su amiga se apoyó en ella, empujada quizá por la frustración que sufría, ejerció una presión que puso en evidencia las fallas de identidad e identificación sexual de la paciente. La confianza y la relación interpersonal que las unía debe haber disminuido el alerta intelectual de la paciente para ordenar su conducta de acuerdo con sus valores.
- 7 Las dos personas a las que recurrió en busca de apoyo o consejo la sumieron en un estado de turbación. Una, la encasilló como lesbiana. La otra le dijo que debía decidirse respecto de su orientación sexual. Las dos fueron voceros, conscientes o no, de un enfoque cultural que considera la sexualidad como un aspecto no constitutivo de la esencia de la persona.
- 8 Por haberse criado entre hermanos y primos había desarrollado destrezas que se observan con más frecuencia en los varones. Este factor también puede estar ligado a factores biológicos pre-disponentes.

II) RESPECTO DE TRATAMIENTO.

- 1 A través de las imágenes y los símbolos de los trabajos imaginativos revivió emocionalmente aspectos relevantes de su historia vital. Así paulatinamente descubrió su ser mujer.
- 2 Que éste se hallaba preservado se puso de relieve cuando se dio cuenta de que estaba enamorada de un varón. En el trabajo Sueño, ella se preguntó si los varones la trataban como mujer por la ropa que llevaba o porque actuaba como tal. Sin embargo, esa duda no se le presentó frente al joven que le gustaba, que para enamorarla debe haber tocado sus fibras afectivas más profundas, y no le impidió desear y soñar con tener una familia.
- 3 Un momento relevante de la terapia fue cuando afirmó que si Dios la había hecho mujer su orientación sexual debía ser el que correspondía a ese sexo. Esa afirmación, que tiene fundamentos biológicos y éticos, marcó un hito importante. Al descubrir intelectual y afectivamente el orden del ser pudo afirmarse. Se despejaron las dudas y disminuyó la angustia y la ansiedad. La verdad actuó como el punto de apoyo de un
- 4 palanca que movió su voluntad y le permitió desarrollar acciones que mejoraron su estado anímico general y la esperanza de alcanzar la meta anhelada.
- 5 Coincide la experiencia de esta terapia con resultados de autores citados respecto de la importancia de contar con una espiritualidad que permita cicatrizar heridas que escapan al objeto de la psicología y que se encuentran fuera del campo específico de una psicoterapia. La cura espiritual puede ser llevada a cabo por personas que cumplan una función paternal o por el mismo terapeuta.
- 6 Respecto de la evolución de la psicoterapia el proceso a grandes rasgos se dio de la siguiente manera. A partir de reconocer los valores que yacían en su persona y la decisión de fortalecerlos se produjo una escisión entre lo que la paciente manifestaba cuando comenzó la terapia y lo que quería ser. Esto último estaba preñado con sus ideales y con sus modelos admirados. Lo que había llegado a ser era la suma de su herencia, los hábitos adquiridos a lo largo de su vida y también los ideales y anhelos ejemplares.
- 7 Durante la terapia el ideal de vida fue afirmando el Yo y éste recha-

zando lo opuesto a aquél. El Yo, simbólicamente, comenzó a reinar en el reino de la Persona. El ideal de vida es el anhelo de ese rey. El estado en que encuentra la persona es el reino que recibió o eligió sin tener claro lo que quería, pero no el futuro que desea. Desde ese nuevo punto de vista, al rey no le interesa pasar su vida explicando y revolviendo el pasado sino ordenarlo, comprenderlo y aprovechar lo valioso y descartar lo inútil que haya en él, en vista a lo que quiere ser.

- 7 La psicoterapia fue un instrumento que le sirvió al paciente para: conocer la influencia del medio; sus potencialidades, mediante las que realiza diversas actividades y va creando hábitos, los cuales, actuando sobre las distintas potencias, facilitan su operar. Conocer el ideal que es su causa final, es decir, aquello que es primero en la intención y lo último en la realización. Si este ideal es lo que debe ser, en la medida que va caminando hacia él, va desarrollando su personalidad. Establecer, en el camino ascendente hacia el ideal, relaciones con los demás. La conducta será entonces la expresión auténtica del verdadero ser, diná-

micamente considerado. El ideal aquí es considerado como valor.¹²¹ Pero la terapia fue una parte y nunca se podrá conocer la proporción. Varios años después de haber sido dada de alta, la paciente dijo: "Más allá de todo, es Jesús que en instrumentos como la terapia puede transformar el corazón, la vida."

- 8 La evolución de este caso pone en evidencia que la orientación sexual no está determinada y que la postura espiritual que adopta la persona involucrada coadyuva para la recta resolución del mismo. El hecho que un día, después de más de tres años y en las circunstancias citadas más arriba, haya pasado por un episodio de conductas homosexuales no tiene suficiente fuerza para tirar por tierra el excelente resultado obtenido, y el prometedor futuro que se vislumbra.

III) RESPECTO DEL ENCUADRE BIOÉTICO

- 1 En la psicoterapia puede distinguirse un eje ético que corresponde a la técnica en sí misma; otro deontológico, que pertenece al

121 ENNIS, María Ana, *Psicoterapia Simbólica. Fundamentación y Metodología*. López Libreros, Buenos Aires, 1981.

- actuar del profesional; y, frente a ciertos pacientes, uno bioético.
- 2 Al quehacer psicoterapéutico no le presenta los mismos interrogantes el tratamiento de una persona con fobias que el de aquel que manifiesta una tendencia homosexual.
 - 3 En el primero, las intervenciones del terapeuta están dirigidas en última instancia a ordenar la personalidad del paciente, pero tratando que supere lo antes posible el motivo de su consulta. La fobia limita las posibilidades del sujeto pero su presencia no se asocia per se a un aspecto bioético. En cambio, la postura bioética que se adopte frente a la tendencia homosexual puede tener consecuencias serias.
 - 4 La neutralidad ética que se espera del profesional gira en torno al respeto de la escala axiológica del paciente. No todos consideran que esa neutralidad es posible,¹²² cuanto más entonces en temas
 - científicos que de por sí, en la explicación de su génesis, entran en juego valores socio espirituales. Con sólo adscribirse a una teoría explicativa el terapeuta ya está transmitiendo aquellos que sustentan el enfoque elegido.
 - 5 Respecto de la identidad sexual hay diferentes paradigmas que incluyen el considerar que no es posible definir un modelo "normal" de sexualidad.¹²³ De allí, a asumir posiciones como las sugeridas por las personas citadas en el punto 1, 7) puede haber solo un paso.
 - 6 La diferencia entre las intervenciones deontológicas y las bioéticas es que las segundas pertenecen a otra rama de la ciencia que requiere, si no se conoce el tema, una interconsulta.
 - 7 En el asesoramiento bioético, la neutralidad del terapeuta está en brindar al paciente una información completa y fundada de las diferentes posturas científicas, morales y religiosas que giran en

122 "Los analistas no solo describen y explican los valores de los pacientes sino que –en varios grados de explicación–, comunican sus propios valores; así como también por sus expresiones verbales y no verbales, modifican los valores de sus pacientes de diversas maneras" J. R. REID, "The problem of values in Psychoanalysis." *Am. J. Psy-an.* 15: 115-122, 1955.

123 SOLOMON, R. C. y LINDA J. NICHOLSON. *Sexual Identity*. En Reich W. T. (ed.): *Enciclopedia of Bioethics*, 2a ed., Nueva York, MacMillan, 1995, pág. 2378.

torno a la identidad sexual. Si el terapeuta no se sintiese capacitado para resolver un planteo de ese tipo, debería consultar a los especialistas.

- 8 La decisión fundada que tome el paciente pertenece al intangible terreno de la libertad humana. Si el terapeuta no lo respeta, comete una gravísima falta deontológica.
- 9 Como síntesis final del trabajo se colige que: a) Es posible que una persona que ha manifestado conductas homosexuales pueda sentir atracción heterosexual. b) Para ello parece necesario que, de algún modo, haya intuido su deber ser y que exprese el deseo de modificar su conducta. c) En la terapia se presentan situaciones que requieren del auxilio de otras ciencias, en este caso la bioética. d) Es posible distinguir distintas intervenciones del terapeuta: relativas a la técnica empleada, al proceder deontológico y a la postura bioética que asuma.

ANEXO I

PSICOTERAPIA SIMBÓLICA

Introducción

La Psicoterapia Simbólica (P.S.),¹²⁴
¹²⁵ ¹²⁶ "se fundamenta en la interpretación de los símbolos que se obtienen de los sujetos a partir de un sueño o del sueño despierto dirigido (...). Es una psicoterapia breve en relación con otras técnicas, en cuanto a la duración total del tratamiento y en cuanto al número de entrevistas (...), es objetiva en cuanto a que el material que el terapeuta usa es el que se le presenta dado por el paciente como producto de la imaginación de ese paciente, de la simbología que éste presenta y de la interpretación que el mismo paciente hace en el transcurso de las sesiones (...) y es integral porque abarca los distintos planos de la personalidad (...)",¹²⁷ que pueden ser abordados en diferentes momentos de la terapia.

Origen

Su origen se remonta a la década del '60 cuando, en la Universidad de Loyola de la ciudad de Chicago, la Dra. María Ana Ennis conoció, a través de la

124 ENNIS, María Ana, *Psicoterapia Simbólica*. Hachette, Buenos Aires, 1974

125 GARCÍA SAMARTINO L. y BULACIO G. *Perspectivas generales sobre Psicoterapia Simbólica*. Psiquiatría Dinámica. Revista de la AAP. 4 (6): 239-248, 1997.

126 GARCÍA SAMARTINO L. *Breve reseña sobre psicoterapia simbólica Sueño Despierto*: 10: 24-33, 2000.

127 Ennis, 1974, op. cit., pág. 5 Y 6.

Dra. Magda Arnold, una técnica de imaginación activa que consistía en pedir a los pacientes que se imaginaran que bajaban por una escalera, en un lugar conocido.¹²⁸ La técnica era una modificación de la enseñada por un discípulo de Jung. Pero, mientras que éste interpretaba el material dado por el paciente con una concepción jungiana de los símbolos, la Dra. Arnold los consideraba como algo propio del sujeto y de su historia, y que sólo él los puede develar. Por este motivo, le preguntaba al paciente qué le simbolizaban las imágenes del trabajo imaginativo.

Cuando la Dra. Ennis regresó a Buenos Aires y puso en práctica la técnica observó que los pacientes, con mucha frecuencia, rememoraban experiencias conocidas de su vida. Ante la posibilidad de que los resultados estuvieran relacionados con la consigna elegida, la modificó y propuso que bajaran por "una escalera desconocida". Al hacer este cambio notó que algunos sujetos, al final del descenso, llegaban a lugares inesperados, por ejemplo un castillo, el fondo del mar

o un bosque. Y más aún, que con cierta frecuencia el significado simbólico de esas imágenes era similar. Alentada por este hallazgo y "como fruto de una larga experiencia",¹²⁹ comenzó a utilizarlas como nuevas consignas iniciales. Años después conoció, a través de un trabajo de Desoille,^{130 131} la técnica del Sueño Despierto y Dirigido. Ésta es en algo similar a la P.S., si bien difiere en los fundamentos y la forma de dirigir los trabajos imaginativos.¹³² Las mismas diferencias la separan de la Imaginería Afectiva Guiada de Leuner.¹³³

Escala de Valores De Schwartz

Breve exposición de algunos aspectos teóricos

Tamayo,¹³⁴ respecto de este tipo de valores, refiere: "La palabra valor se refiere a la oposición que el ser humano establece entre lo principal y lo secundario, entre lo esencial y lo accidental, entre lo deseable y lo indeseable, entre lo signifiante y lo insignificante. Expresa la ausencia de igualdad entre los objetos, los hechos, los acontecimientos o las

128 ENNIS María Ana, *Psicoterapia Simbólica. Fundamentación y Metodología*. López Libreros, Buenos Aires, 1981.

129 ENNIS, 1974, ob. cit., pág. 26.

130 Desoille R.: *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Ed. du Mont Blanc, Genève, Suisse, 1961.

131 ENNIS, 1974, op. cit., pág. 24; se refiere a Desoille, R. 1961, op.cit.

132 ENNIS, 1974, op. cit., pág. 24.

133 LEUNER H. C. *Guided Affective Imagery: a Method of Intensive Psychotherapy*. American Journal of Psychotherapy, January 1969, 1, 23.

134 TAMAYO A. *Valores de los adolescentes: ejes motivacionales*. Acta psiquiat. Psicol. Am. lat. 39 (2); 140-151 1993.

ideas. Por tanto, la palabra valor se utiliza en todas aquellas circunstancias en que uno de esos elementos se juzga superior al otro, en que uno de ellos es objeto de una preferencia. La palabra valor presupone que, por parte del sujeto, existe una ruptura de la indiferencia frente a las personas, los objetos, las normas, las tradiciones y los acontecimientos de la vida cotidiana. La manifestación de preferencia por algo o por alguien es, tal vez, uno de los comportamientos más comunes de la vida diaria. Así, la palabra valor expresa una experiencia común a todo ser humano. ...

"Para algunos, los valores son componentes más fundamentales de la estructura personal que las actitudes. Los valores se refieren a un estado de existencia (valores terminales) o a un modelo deseable de comportamiento (valores instrumentales). Los valores terminales e instrumentales constituyen patrones generalizados de medios y fines de la existencia humana que trascienden las actitudes, siempre relativas a personas, objetos y acontecimientos específicos. ...

"De esta manera, los autores establecen una distinción nítida entre valores, actitudes y opiniones en general. Los valores son subyacentes a las actitudes y presentan mayor estabilidad. La trascendencia de los objetos y de las circunstancias específicas constituye

un elemento básico para la definición de los valores.

"Recientemente, Schwartz y Bilsky observaron cinco elementos o características presentes en los valores que describieron y estudiaron: a) principios o creencias; b) relativos a estados de existencia o a modelos de comportamiento, c) que trascienden objetos, grupos de personas y situaciones específicas, d) orientan la elección o evaluación de comportamientos y acontecimientos; y, e) expresan intereses individuales, colectivos o mixtos. Sobre la base de este análisis, los valores pueden ser definidos como aquellos principios transituacionales, organizados jerárquicamente, relativos a estados de existencia o a modelos de comportamiento deseable, que orientan la vida del individuo y expresan intereses individuales, colectivos o mixtos. ...

"Schwartz y Bilsky consideran que las exigencias universales del ser humano, que constituyen la fuente de los valores, se expresan a través de tipos motivacionales. Sobre la base de la literatura relativa a necesidades, motivos sociales, y exigencias institucionales y funcionales de los grupos sociales, los autores postulan la existencia de varios tipos motivacionales. El número y la terminología utilizada para designarlos se han modificado a partir de los resultados empíricos obtenidos en di-

versas culturas. Los resultados de esas investigaciones revelan la existencia de 10 tipos motivacionales de valores,¹³⁵ ya sólidamente verificados en las más diversas culturas. Esos constituyen la estructura motivacional de los valores. El núcleo de esta estructura está formado por el contenido motivacional de los valores que determina las semejanzas o diferencias existentes entre ellos."

CUESTIONARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA (MMPI-2) ESCALAS^{136 137}

A. ESCALAS CLÍNICAS

1. Hipocondría (Hs)

Es una evaluación del grado de preocupación exagerado por las funciones corporales propias. Las personas con una puntuación alta en esta escala se preocupan demasiado por sus estados de salud física. Con frecuencia se quejan de dolores y malestares para los que no se encuentran causas orgánicas que las explique.

2. Depresión (D)

Esta escala evalúa la profundidad del síndrome clínicamente conocido como depresión. Un alto puntaje indica desmoralización, sentimientos de inutilidad y falta de optimismo. Esta escala D, junto con Hs y Hy, constituyen la denomi-

135 Schwartz, distingue diez tipos motivacionales de valores:

1) Hedonismo, constituido por valores cuya meta es la búsqueda del placer y de la gratificación sensual en general (por ejemplo, placer, disfrutar de la vida); 2) Auto-realización: allí la meta es el suceso personal obtenido a través de una demostración de competencia que, generalmente, lleva al reconocimiento social (capacidad, influencia); 3) Poder social: el funcionamiento de la sociedad parece exigir algún sistema de estratificación de funciones y de responsabilidades. Así, surgen en el grupo relaciones de dominación y sumisión. Para justificar este hecho de la vida social, el poder es transformado en valor. Las necesidades individuales de sumisión y control pueden ser transformadas en valores relacionados con el poder. La meta de este tipo de valores es la búsqueda de estatus social, prestigio y control sobre personas y recursos (autoridad, riqueza); 4) Autodeterminación: La constituyen valores cuya meta es la independencia de pensamiento, acción y opción (libertad, creatividad); 5) Conformidad: su meta motivacional es el control de impulsos y del propio comportamiento de acuerdo con las normas y expectativas sociales (obediente, buenos modales); 6) Benevolencia: es el interés y la preocupación por el bienestar de las personas cercanas (amor, amistad); 7) Universalismo o filantropía, compuesto por valores que tienen como objetivo la comprensión y aceptación de los otros y la preocupación por el bienestar de todos, de toda la sociedad e, inclusive, del planeta en que vivimos (igualdad, justicia social); 8) Tradición: la meta motivacional de sus valores es el respeto y la aceptación de los ideales y costumbres de la sociedad (respeto por la tradición, humildad); 9) Seguridad: este grupo de valores apunta a la integridad personal y de las personas y grupos de identificación, así como a la estabilidad de la sociedad y de sí mismo (orden social, seguridad nacional); 10) Estimulación: constituida por valores dirigidos hacia la búsqueda de excitación, de novedad y de cambio, que parecen ser necesarios para poder mantener un buen nivel de funcionamiento (una vida apasionante, una vida variada). TAMAYO A. "Valores ... op.cit.

136 HATHAWAY S. R. y J. C. MACKINLEY. *MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Versión española: A. Avila-Espada y F. Jiménez-Gómez. Laboratorio de Psicología Clínica y Psicodiagnóstico. Universidad de Salamanca. 1993.

137 CASULLO MARÍA MARTINA (comp.). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Paidós, Buenos Aires, 1999.

nada "triada neurótica."

3. Histeria (Hy)

Esta escala intenta evaluar el grado en el que un sujeto es similar a pacientes con síndrome de "histeria de conversión".

4. Desviación psicopática (Pd)

Evalúa la ausencia de respuesta emocional profunda, la incapacidad para aprender de la experiencia, la poca consideración hacia las normas sociales vigentes.

5. Masculinidad-feminidad (M/f)

La escala evalúa las tendencias hacia patrones de intereses asociados con lo masculino y lo femenino. En cualquier caso, un porcentaje alto en esta escala indica una inclinación hacia los intereses socialmente relacionados con el otro sexo (el opuesto al sexo del sujeto que responde el cuestionario).

6. Paranoia (Pa)

La escala fue diseñada contrastando sujetos de población general con grupos de pacientes caracterizados por delirios de persecución, susceptibilidad o sospecha, con diagnóstico de estado paranoide o esquizofrenia paranoide.

7. Psicastenia (Pt)

Evalúa la semejanza entre personas de población general y los pacientes afectados por estructuras fóbicas o con conductas compulsivas.

8. Esquizofrenia (Sc)

Evalúa el grado de semejanza con los pacientes que se caracterizan por evidenciar pensamientos y comportamientos inusitados y extraños. Esta escala dis-

crimina cerca del 60% de los casos diagnosticados como esquizofrénicos.

9. Hipomanía (Ma)

La escala mide el factor de personalidad característico de personas que presentan una marcada súper productividad en sus pensamientos y acciones.

10. Introversión social (Si)

Esta no es una escala clínica en sentido estricto. Se han encontrado puntuaciones altas en esta escala en estudiantes universitarios que participan poco en actividades que no sean académicas. La escala intenta evaluar la tendencia de un sujeto a aislarse del contacto social con otras personas.

B) ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Ansiedad (A): los puntajes elevados de esta escala reflejan ansiedad, disconformidad, aflicción y trastorno emocional, los puntajes bajos indican ausencia de ansiedad.

Represión (R): las puntuaciones elevadas de la escala nos indican que los sujetos tienden a ser convencionales, sumisos, evitan situaciones desagradables o displacenteras; los puntajes bajos suelen asociarse a sujetos extrovertidos, expresivos, informales y enérgicos.

Fuerza del Yo (Es): esta escala es un buen indicador de la salud mental y adaptación general de sujeto; las puntuaciones elevadas indican buen contacto con la realidad, sentimientos de adecuación personal y buen funcionamiento general, aunque hay que tener en cuenta que al-

gunas puntuaciones elevadas pertenecen a perfiles defensivos, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial; los puntajes bajos son indicadores de inhibición, pobre autoconcepto, dificultad para adaptarse a situaciones problemáticas.

Escala revisada de alcoholismo, de Mc Andrew (MAC-R): las puntuaciones elevadas de esta escala están asociadas a una tendencia a las adicciones en general.

Hostilidad excesivamente controlada (O-H): esta escala brinda una medida de la capacidad de tolerar la frustración sin venganza, el puntaje elevado indica que el sujeto tiende a responder adecuadamente a las provocaciones; no existe suficiente información sobre los puntajes bajos, pueden ser indicativos de agresividad crónica o de expresión adecuada de la agresividad. Dominancia (D): esta escala es una medida de las tendencias de los sujetos a ser predominantes e influyentes en sus relaciones interpersonales; las puntuaciones elevadas son indicativas de personalidades con equilibrio, confianza en sí mismo e iniciativa social; los sujetos que puntúan bajo tienden a ser sumisos, indecisos y se dejan influir fácilmente por otros.

Responsabilidad (Re): un puntaje elevado en esta escala es representativo de una personalidad confiable y con sentido de responsabilidad; a la inversa, una puntuación baja indica deficiencias en el sentido de la responsabilidad cuando se trabaja en grupos.

Mal ajuste escolar (Mt): esta escala fue desarrollada a partir de investigaciones rea-

lizadas con estudiantes universitarios, mide el grado de adaptación universitaria; un puntaje elevado indica dificultades de adaptación en la escuela, los sujetos son ineficaces, pesimistas y ansiosos; una puntuación baja refleja que el sujeto está bien adaptado, es optimista y consciente.

Rol del género masculino (GM): para los varones, esta escala está relacionada con autoconfianza, fuerte persistencia, amplitud de intereses, ausencia de miedos o sentimientos de auto-referencia; para las mujeres, se relaciona también con alta autoconfianza, así como con honestidad, tendencia a intentar nuevas cosas, ausencia de preocupaciones o sentimientos de auto-referencia.

Rol del género femenino (GF): para los varones, esta escala está relacionada con religiosidad, evitación de juramentos y palabrotas. Esta escala está también correlacionada con prepotencia y pobre control del temperamento, así como disposición al abuso de alcohol o drogas; para las mujeres, vinculada a la religiosidad y problemas de abuso de sustancias. Trastorno de estrés postraumático (PK) (PS): ambas escalas parecen ser muy interdependientes la una de la otra, pero pueden utilizarse conjuntamente para una mejor clarificación diagnóstica del trastorno de estrés postraumático; cabe señalar que los autores de las dos escalas continúan refinando estas medidas.

Timidez/Auto-conocimiento (Si1): puntuaciones elevadas indican la presencia de timidez cuando el individuo está ro-

deado de gente, incomodidad en situaciones sociales y malestar ante situaciones nuevas.

Evitación social (Si2): altos puntajes señalan gran aversión y evitación de las muchedumbres y las actividades de grupo, así como la evitación de contacto con otras personas.

Alienación respecto de sí mismo y respecto de otros (Si3): las puntuaciones elevadas reflejan una baja autoestima y autoconfianza, las personas presentan suspicacia respecto de los demás, son nerviosas, temerosas, indecisas, autocríticas; cuestionan su propio juicio y se sienten incapaces de determinar su propio destino.

Para interpretar las escalas suplementarias, no existe una rigurosa diferencia entre bajas y altas puntuaciones, generalmente se consideran significativos aquellos puntajes mayores de T 65 y menores de T 40; cabe señalar que para la escala MAC-R existen mayores especificaciones, se trabaja con puntuaciones directas: mayor de 28 -adicción-, entre 24 y 27 -posibilidad de adicción-, menor de 24 -ausencia de adicción-.

C) ESCALAS DE CONTENIDO¹³⁸

Las escalas clínicas del MMPI son heterogéneas en contenido y sólo interpretables

a través de referencias de correlatos de personalidad establecidos para la escala; por ejemplo, se puede saber por el perfil de las escalas básicas que el puntaje individual de una escala está notablemente elevado, pero no cuál de los muchos correlatos posibles de esta escala, es aplicable al sujeto.

Para poder evaluar la validez del perfil de las escalas de contenido, es necesario interpretar las escalas de validez adicionales: Fb (F posterior), VRIN (Respuestas Inconsistentes Variables) y TRIN (Respuestas Inconsistentes de 'Verdadero').

El grupo de las conductas sintomáticas internas incluye: Ansiedad (ANX), Miedos (FRS), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupaciones por la salud (HEA) y Pensamiento extraño (Bizarro) (BIZ). Estas escalas reflejan comportamientos internos o cognitivos que son sintomáticos de desórdenes psicológicos, por ejemplo, ansiedades o pensamientos depresivos; estos pensamientos acompañan muchos tipos de problemas de ajuste que varían desde desórdenes de ansiedad hasta desórdenes afectivos, esquizofrénicos y orgánicos.

El grupo de exteriorización de conductas agresivas evalúan aspectos de cómo el individuo responde tanto desde el punto de vista de disposición actitudinal, o a través de comportamientos tales como verse

138 FERRANTE V., GARCÍA SAMARTINO L. y CASULLO MARÍA MARTINA. Inventario MMPI-2 en pacientes psiquiátricos carcelarios. I. Escalas de contenido. *Pren. méd. argent.* 83: 314-318, 1996.

involucrados en peleas físicas o en abuso verbal. Estas escalas son: Hostilidad (ANG), Cinismo (CYN), Prácticas antisociales (ASP) y Comportamiento Tipo A (TPA). La autoimagen negativa comprende la escala de Baja Autoestima (LSE). Mide la tendencia de algunos individuos a desvalorizarse y a

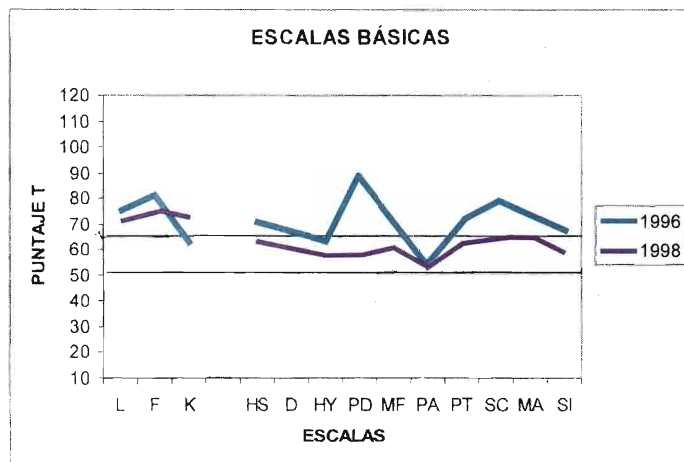
considerarse a sí mismos poco valiosos para el interés y las atenciones de los demás. El grupo de problemas generales comprende cuatro mediciones: Problemas Familiares (FAM), Malestar social (SOD), Interferencia Laboral (WRK) e Indicadores negativos hacia el tratamiento (TRT).

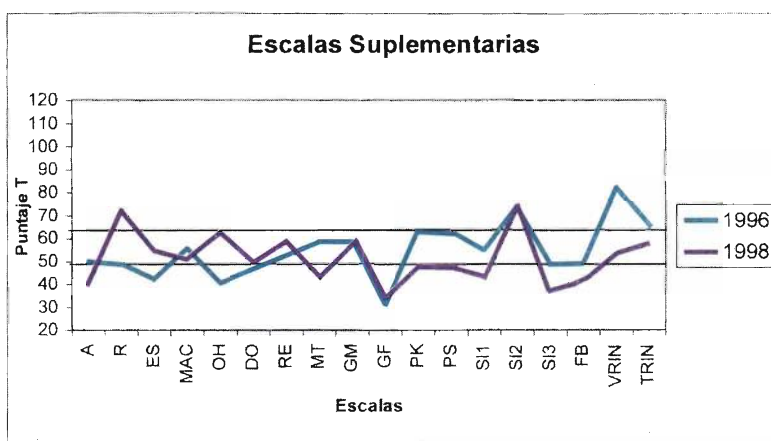
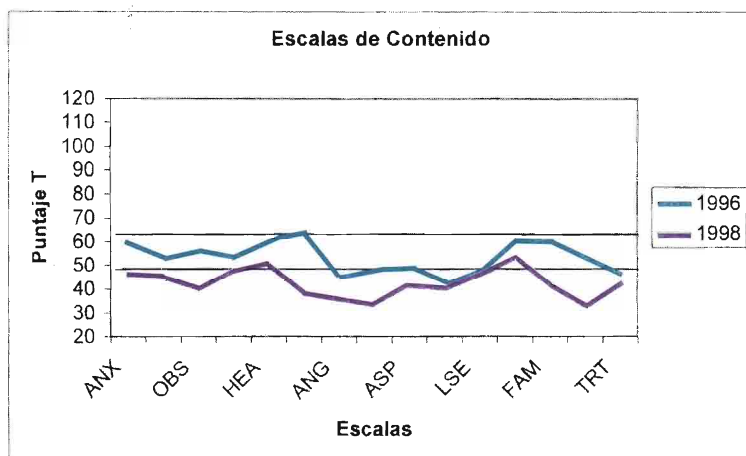
ANEXO II

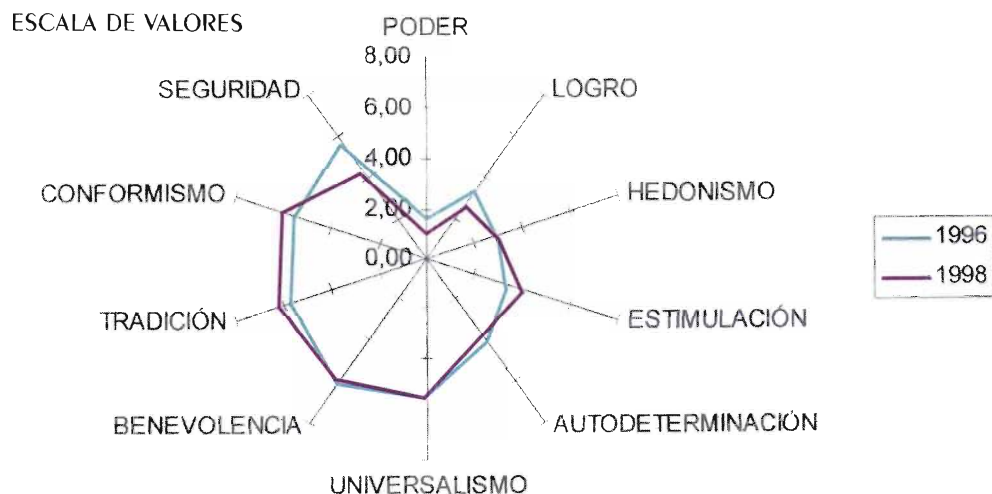
CUESTIONARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA MMPI -2 VALORES DE LAS ESCALAS

Validez	L	F	K	FB	VRIN	TRIN										
1996	66	72	54	50	82	65										
1998	62	65	63	42	54	58										
Clínicas	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI						
1996	61	57	54	79	60	45	61	69	65	58						
1998	54	51	49	49	52	45	53	55	56	50						
Contenido	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	
1996	59	53	56	54	61	64	45	48	49	43	47	60	60	54	46	
1998	47	46	41	48	51	39	36	35	42	41	47	54	42	34	43	
Suplementarias	A	R	ES	MAC	OH	DO	RE	MT	GM	GF	PK	PS	SI1	SI2	SI3	
1996	50	49	43	56	41	46	53	58	58	32	63	62	55	74	49	
1998	40	73	55	51	63	49	59	44	57	35	48	48	44	74	38	

GRÁFICOS







FIGURAS

Figura 1. Acuarela realizada por la paciente del trabajo imaginativo VOLCÁN. Se ve la "franja negra", en el centro. A la derecha, "una franja cristalina, como un vidrio, es duro compacto".

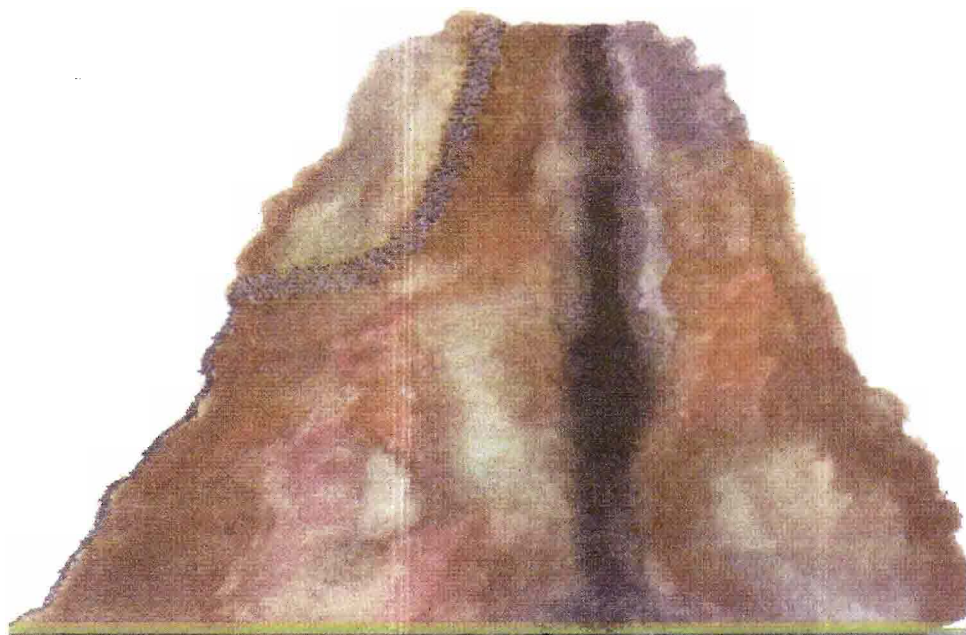
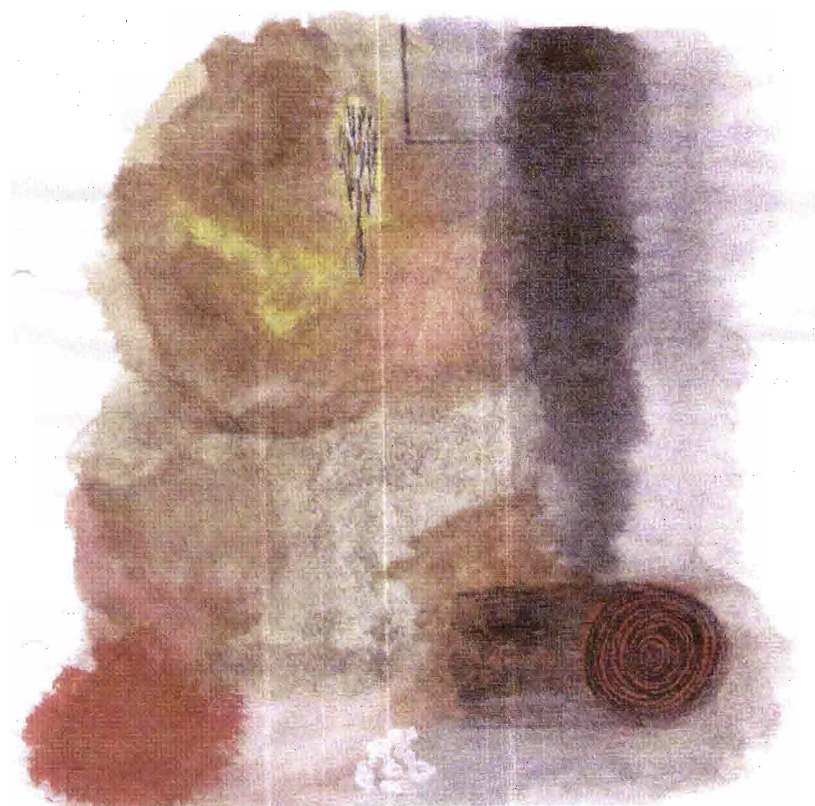


Figura 2. Acuarela realizada por la paciente del trabajo imaginativo VOLCÁN. Se ve la "franja negra" que termina en "un tronco petrificado". Se pueden distinguir los círculos de la madera, es de color rojizo". A la izquierda abajo, se distingue la "montañita de tierra roja". Abajo en el centro se pueden ver "piedritas brillantes, duritas como rubies"



DIFERENCIACIÓN SEXUAL*									
Manifestación	Momento de manifestación	Área involucrada	Medios involucrados	Delimita	Expresión objetiva	Expresión subjetiva	Expresión conceptual	Denominación sexológica	Posibilidad de acción
Órganos genitales externos	Nacimiento	Biología	Diferenciación intrauterina	Sexo	Nene - nena	"lo que se es"	Diferencia sexual: macho - hembra	Dimorfismo sexual	Respecto a la conducta sexual (como conducta destinada a alcanzar el objeto sexual, objetal), estos aspectos de la diferenciación sexual representan un estado de tendencia, o predisposición, no determinante del comportamiento o la conducta destinada a alcanzar el objeto sexual objetal
Pautas de comportamiento que la sociedad asigna de acuerdo al sexo	Se presentan desde el nacimiento	Sociedad	Microcultura: familia Macrocultura: comunidad	El rol masculino El rol femenino	Pautas de lo masculino o lo femenino	"lo que se espera que sea"	Comportamiento que la sociedad espera que asuma el niño de acuerdo al sexo	Rol del Género	
Comportamiento que manifiesta el niño más o menos acorde con las pautas de masculinidad o feminidad que asigna la sociedad	Desde aproximadamente los tres años	Biología Psicología	Características neurocognitivas y psicológicas con las que nace el niño.	Masculinidad Feminidad	Claramente nene o nena, para la sociedad	"se actúa"	Pautas de comportamiento masculinas o femeninas que el niño, según su capacidad de aprender y aprender, transformó en hábito, y que concuerdan en mayor o menor grado con los roles asignados	Identidad de género	
Comportamiento varonil o mujeril que manifiesta el sujeto desde su pubertad, con mayor o menor conformidad con los roles de masculinidad o feminidad que asigna la sociedad	Desde la pubertad	Psicología Biología Sociología	Efecto de las hormonas sobre el sistema nervioso y sus características neuropsíquicas, y la capacidad de aprendizaje cultural	Ser varón Ser mujer	Manifestar comportamientos de varón o de mujer	"se siente"	Es el paso de la identidad de género como una característica del niño, a la dimensión de sexo asumido por la persona, a través del desarrollo de su historia personal	Identidad Sexual	
Plano de las vivencias motivadas por la atracción erótica hacia sujetos u objetos	En general, se hace consciente desde la pubertad	Moral Psicológica Biología Sociología	Valores, creencias, presiones sociales, voluntariedad, perfil personal	El tipo de objeto de placer erótico que atrae	Despliegue cognitivo y del comportamiento destinado a alcanzar o no, el objeto de placer erótico	"le atrae"	Capacidad de sentir atracción erótica por objetos sexuales, (vientes: humanos o no; no vientes: fétiches)	Orientación Sexual objetal	
Conducta que tiende a consumir el placer erótico	En general, se hace consciente desde la pubertad, y la responsabilidad del acto está con relación a la madurez del juicio moral alcanzada	Moral Psicológica Biología Sociología	Interacción del juicio moral y el estado de libertad de conciencia	Actos voluntarios (actos humanos)	Conductas explícitas o implícitas para alcanzar el objeto de placer erótico	"lo hace"	Conductas destinadas a alcanzar el objeto sexual objetal	Conducta sexual	La conducta dirigida a obtener el objeto sexual objetal es voluntaria. Puede estar o no de acuerdo a la tendencia

*Tabla 1. Diferenciación sexual. Esquema realizado a partir del trabajo de J. C. Romi: "Vicisitudes del proceso de sexuación: importancia médico-legal" *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 4 (6): 159-178, 1997.

DIFERENCIACIÓN SEXUAL ^a										
	Dimorfismo		Rol de Género		Identidad de Género		Identidad Sexual		Orientación Sexual Objetal	
	Macho	Hembra	masculino	femenino	Masculinidad	Feminidad	Varón	Mujer	Heterosexual	Homosexual
Heterosexual ¹	♂	si		si	si		si		si	
Heterosexual	♀		si			si		si	si	
Desviaciones del Rol de Género										
Machismo ¹	♂	si		si	si		si		si	
Feminismo ²	♀		si			si		si	si	*
Desviaciones de la Identidad de Género										
Afeminado ³	♂	si		si		si	si		si	*
Marimacho ⁴	♀		si		si			si	si	*
Androginia ⁵	♂	si		si	indefinido		indefinido		indefinido	
Androginia	♀		si			indefinido		indefinido	indefinido	
Travestismo ⁶	♂	si		si		si	si		+	*
Travestismo	♀		si		si			si	ambigüedad	ambigüedad
Desviaciones de la Identidad Sexual										
Transexualismo ⁷	♂	si		si		si		si	†	‡
Transexualismo	♀		si		si		si		†	‡
Desviaciones de la Orientación Sexual										
Homosexual ⁸	♂	si		si	si		si			si
Homosexual	♀		si			si		si		si
Bisexual ⁹	♂	si		si	si		si		si	si
Bisexual	♀		si			si		si	si	si

^aTabla 2. Desviaciones observadas en la diferenciación sexual. Esquema realizado a partir del trabajo de J. C. Romi: "Vicisitudes del proceso de sexuación: importancia médico-legal"

Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, 4 (6): 159-178, 1997.

1 El machismo es una actitud y un comportamiento socio sexual masculino de culturas que aceptan el axioma de la superioridad social del varón sobre la mujer.

2 El feminismo, que postulaba la igualdad de la mente humana en dos anatomías distintas, se hizo competitivo e imitativo de lo masculino en un intento de igualación biopsíquica más que social.

3 Presencia en un varón de gestos, conductas, actitudes y otros indicadores de los roles de género femeninos, que se expresan por un cierto grado de amaneramiento. No es un signo de una elección homosexual de objeto.

5 Personas que no se ajustan a los estereotipos del rol de género, exhibiendo comportamiento psico-sociales tanto masculinos como femeninos.

6 Persona que siendo inequívocamente de un sexo siente placer erótico en el vestir con ropas de otro sexo, o en mostrarse con la apariencia externa correspondiente al otro sexo, sin modificar quirúrgicamente sus genitales.

7 Persona inequívocamente de un sexo que "siente" que su identidad de género y sexual corresponde a la de otro sexo.

8 Persona que siente atracción erótica por otra persona del mismo sexo y que presenta tendencias a la ejecución de una conducta sexual homófila con ella, o que se mantiene en el plano homoerótico sin dicha conducta.

9 Persona que puede responder a estímulos eróticos, en proporción variable, con personas de su propio sexo y del sexo opuesto.

* Puede tener conductas homosexuales.

+ Puede tener conductas heterosexuales.

† Cuando modifican sus órganos genitales externos quirúrgicamente se ven heterosexuales.

‡ Desde el punto de vista del sexo de nacimiento, homosexual.

LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

CONSIDERACIONES
ANTROPOLÓGICAS
Y ÉTICAS

Pbro. Dr. Fernando Chomali G.

*Es Doctor en Teología Moral de la Academia
Alfonsiana. Doctor en Sagrada Teología de la Pontifi-
cia Universidad Gregoriana.*

*Master en Bioética por la Universidad Católica del Sa-
cro Cuore (Roma) y la Pontificia Universidad Latera-
nense (Roma)*

*Profesor del Centro de Bioética de la Facultad de Me-
dicina y Facultad de teología de la Pontificia Univer-
sidad Católica de Chile.*

*Miembro correspondiente de la Pontificia Academia
para la Vida.*

PALABRAS CLAVE

*PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS - ANTICONCEPCIÓN
DE EMERGENCIA - PLANIFICACIÓN FAMILIAR AR-
TIFICIAL - ABORTO*

INTRODUCCIÓN

A la luz de la polémica que ha de-
satado la posibilidad de que se comercia-
lice en Chile un producto químico deno-
minado Levonorgestrel (0,75 mg) -más
conocido como la "píldora del día des-
pués"- resulta lícito preguntarse:

- a) si es un medicamento,
- b) si su prescripción constituye una
terapia y, por lo tanto, si es un ac-

- c) to propiamente médico, de no ser un medicamento, si le corresponde a las instancias responsables de las políticas de salud de un determinado país autorizar un producto que no es, en sentido estricto, un medicamento,
- d) y, por último, si no estamos acaso frente a una nueva cultura que se nos quiere imponer por decreto, sin que medie reflexión alguna por parte de todas las instancias de la sociedad que, sin duda, pueden hacer un aporte significativo.

Estas preguntas son pertinentes porque muchas personas se refieren a este producto químico como un medicamento, en virtud de una decisión estrictamente sanitaria por parte de la autoridad y, por lo tanto, neutra desde el punto de vista moral y con vistas al bien común. En este artículo, pretendo mostrar que ello constituye un error que puede tener graves consecuencias personales y sociales.

1. ¿PARA QUÉ ES EL LEVONORGESTREL (LNG)?

El laboratorio Besin-Iscovesco, que produce el Norvelo 750 microgramos -cuyo principio activo es el levonorgestrel- presenta este producto de la siguiente manera: "... podría bloquear la ovulación, impidiendo la fecundación, si la relación

sexual tuvo lugar en las horas o días anteriores a la ovulación, es decir, en el período donde el riesgo de fecundación es más elevado. Podría, igualmente, impedir la implantación. En contraste, es ineficaz desde el momento en que el proceso de la implantación ha comenzado". Este mismo producto se vende en Estados Unidos de América con el nombre de Plan B, mientras que en Chile se pretende comercializar como Postinal.

2. ¿MEDICAMENTO O PRODUCTO QUÍMICO?

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define medicamento como "cualquier sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar la secuela de ésta". A su vez, entiende por terapéutico, "aquella parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades"; y, por enfermedad, una "alteración más o menos grave de la salud".

Ahora bien, dado que ovular no es una enfermedad, como tampoco lo es que se produzca la fecundación y, menos, que el óvulo fecundado se implante en el útero, queda claro que -a la luz de las definiciones recientemente expuestas- este compuesto químico no es un medicamento, no tiene un fin terapéutico, en cuanto que no previene, ni cura, ni

alivia una enfermedad, porque ella es inexistente. De esto se deduce que autorizar su comercialización no es una medida sanitaria y prescribirlo no es un acto médico, dado que el objeto de la acción -impedir la fecundación o la anidación- no está orientado a sanar sino que, más bien, a manipular de modo artificial o el curso de la naturaleza.

Al ingerir este producto, se pretende evitar el desarrollo de un embarazo -de haberse producido la fecundación después de una relación sexual- alterando el delicado equilibrio hormonal de la mujer. Ahora bien, dado que este producto está pensado para ser ingerido después de la relación sexual, está la posibilidad -de haberse producido la fecundación- de atentar en contra de un ser humano inocente al no permitirle que continúe normalmente su desarrollo. Resulta notable que el mismo laboratorio alerta que ingerir este producto químico puede tener efectos secundarios como náuseas, vómitos, vértigo, cefaleas, dolores abdominales, tensión mamaria, entre otros. Por lo tanto, este producto, que se presenta como un medicamento, no sólo no cura sino que, además, daña a quien lo ingiere.

3. LA BANDERA DEL DRAMÁTICO CASO DE LA VIOLACIÓN

Muchos han planteado que esta píldora será prescrita solamente para si-

tuaciones complejas y difíciles, como es el caso de la agresión sexual, con el objetivo de que de tal delito no resulte una fecundación. En realidad, ello no es así: quien produce y comercializa el LNG, y tal como lo han planteado las autoridades de salud de nuestro país, lo describe como "contraceptivo de emergencia, a ser utilizado durante las 72 horas después de una relación no protegida o en caso de que falle un método contraceptivo, como ruptura u olvido de preservativo, olvido de un contraceptivo oral (...), desplazamiento de un diafragma vaginal o de una capa contraceptiva, falla del método del coito interrumpido, relación sexual durante un período supuestamente fértil (...), violación". Se percibe que lo que persigue es evitar a toda costa las consecuencias que podrían esperarse de una relación sexual, tergiversando la naturaleza misma de la sexualidad humana y sus potencialidades. Esta píldora, sin duda alguna, será muy utilizada por la primera causal -ruptura u olvido del preservativo- si se considera que en Chile, según datos del mismo Ministerio de Salud, en el año 1990 se importaban 2,3 millones de preservativos y, en 1999, el número era de aproximadamente 12 millones.

Esta píldora, en muchas escuelas de algunos países europeos, ya ha sido estrenada con el propósito -no logrado- de evitar los embarazos de adolescentes. Resulta muy preocupante que se permita su comercialización en nuestro país, dado que una vez introducido en la con-

ciencia de las personas como un anti-conceptivo de emergencia y autorizado por las autoridades sanitarias, ¿qué razón habría para que, de aprobarse el producto, lo que comenzó como un fármaco para casos dramáticos como la agresión sexual, no termine en los bolsillos de los jóvenes de nuestro país como un método más para evitar embarazos? No habría ninguna razón. Lo único que logrará es dar un mensaje muy equivocado a las personas sobre el valor de la sexualidad humana y la responsabilidad que lleva grabada su práctica. Seremos testigos del aumento de los embarazos juveniles, de los abortos, así como de las enfermedades de transmisión sexual, amparados por la falsa seguridad de una sexualidad "sin riesgos".

4. LIBERTAD Y VERDAD: VAN JUNTAS O PERECEN

Con la introducción de la "píldora del día después" se está imponiendo una cultura marcadamente subjetivista que no le reconoce valor objetivo alguno a la realidad, constituyéndose en norma y medida de todas las cosas. Esta cultura -que es, por principio, individualista y hedonista- ve en la sexualidad un instrumento exclusivamente vinculado al placer, pero completamente disociado de la comunión de las personas y de la procreación. Muchas empresas que hacen investigación científica han querido sa-

tisfacer este anhelo y han trabajado arduamente con el propósito de "obtener un producto cada vez más simple y eficaz contra la vida y, al mismo tiempo, capaz de sustraer el aborto a toda forma de control y responsabilidad social" (Juan Pablo II, *Evangelium Vitae* 13)

El interés de comercializar esta píldora está avalado por una idea equivocada de la libertad que postula como un derecho el poder ejercer la sexualidad cerrándose deliberadamente a la vida. La experiencia demuestra, como muy bien lo plantea Juan Pablo II (*Evangelium Vitae* 19), que "la libertad reniega de sí misma, se autodestruye y se dispone a la eliminación del otro cuando no reconoce ni respeta su vínculo constitutivo con la verdad. Cada vez que la libertad, queriendo emanciparse de cualquier tradición y autoridad, se cierra a las evidencias primarias de una verdad objetiva y común, fundamento de la vida personal y social, la persona acaba por asumir como único e indiscutible referente para sus propias decisiones, no ya la verdad sobre el bien y el mal, sino sólo su opinión subjetiva y mudable o, incluso, su interés egoísta y su capricho". Este es el fondo del cuestionamiento que ha de hacerse frente a la posibilidad de introducir este producto químico en Chile. Resulta paradójico que, el momento de mayor entrega y comunión corporal y espiritual al que puede aspirar un hombre y una mujer como expresión de su amor, termina convirtiéndose, en reali-

dad, en el momento más temido, el más amenazante y del que hay que protegerse, incluso, atentando en contra de la vida.

La introducción de la "píldora del día después" es el test más evidente de una concepción empobrecida de la sexualidad humana, que queda a un nivel meramente genital y biológico, despojado de toda trascendencia. Por último, la vida humana, en cuanto don –que, de suyo, inspira admiración y estupor y frente al que cabe sólo acogida y respeto– termina siendo considerada como un enemigo que hay que evitar a toda costa. No sin razón Juan Pablo II, hablando de la anticoncepción y el aborto, postula: "Pero en muchísimos otros casos estas prácticas tienen sus raíces en una mentalidad hedonista e irresponsable respecto a la sexualidad y presuponen un concepto egoísta de libertad que ve en la procreación un obstáculo al desarrollo de la propia personalidad. Así, la vida que podría brotar del encuentro sexual se convierte en enemigo a evitar absolutamente y el aborto es la única respuesta posible frente a una anticoncepción frustada" (*Evangelium Vitae* 13) Esta actitud es un acto de violencia según la lógica del más fuerte: el ser humano más débil, el que requiere en virtud de su fragilidad más cuidado, termina siendo expuesto a su eliminación, incluso con el beneplácito del Estado.

La vertiente ideológica de esta errada concepción de la libertad y de esta mirada empobrecida de la sexualidad

humana, ha quedado expresada en los llamados "derechos sexuales y reproductivos" que, en el artículo 9 del Proyecto de Ley ingresado a la Cámara de Diputados, postula: "se reconoce el derecho a toda persona a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción y la libertad para elegir con quién vivir la sexualidad". Está claro que si ejercer la sexualidad independiente de la procreación es un derecho, entonces, concebir se presenta como un atentado al ejercicio de dicho derecho y, por lo tanto, posible de reivindicar, incluso atentando en contra de él por ser considerado un "injusto agresor". Con esta mirada se está imponiendo la lógica de la violencia donde la fuerza de la razón termina cediendo a la razón de la fuerza. La introducción de esta píldora en el mercado constituye una estrategia para imponer una ideología fundada en una precisa concepción del hombre, de la mujer, de la sexualidad y de la libertad humana.

5. ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO, FRUTOS DE UNA MISMA PLANTA (*EVANGELIUM VITAE* 13)

Muchos han planteado que la introducción de este fármaco es una manera de combatir los abortos. En realidad, ello es una falacia. Los países que han legalizado el aborto son aquellos que más han difundido la idea y la necesidad de lograr productos que permitan

a las personas tener una actividad sexual absolutamente desvinculada de la procreación. Hay estudios que muestran que un altísimo porcentaje de personas que recurren al aborto, lo han hecho porque el método utilizado para prevenir el embarazo no fue eficaz. El Informe de la Comisión encargada de evaluar la ley acerca del aborto en Bélgica muestra que el 60% de las personas que abortaron el año 1996 usaban algún método para evitar un embarazo. Esta tesis queda confirmada con la introducción de la "píldora del día después", que está diseñada -justamente- para que, si el efecto anovulatorio falla, actúe el efecto antianidatorio. La Iglesia no se cansa de repetir que el aborto se combate proponiendo como un valor humanizador el vivir la sexualidad en el contexto del amor y de la trascendencia, y promoviendo una cultura de la vida por medio de todas las instancias educativas y sociales de las que dispone el país; que perciba al otro siempre como un don y nunca como una amenaza.

Con la introducción de este producto queda en evidencia que, tanto la anticoncepción como el aborto, son frutos de una misma planta. Su objetivo es que, si no actúa evitando la ovulación, lo haga evitando la implantación de un ser humano, impidiendo que viva. La introducción de este producto químico deja implícita la idea de que el objetivo de tener relaciones sexuales cerradas a la procreación, justifica incluso la posibilidad

de eliminar la vida de un ser humano inocente en sus primeros días de vida. Ello es inadmisibles desde el punto de vista moral, dado que todo ser humano, desde el momento que inicia su vida, posee una dignidad tal que lo hace indisponible y el derecho a que le sea respetada su vida. Contar con un producto químico, avalado por el Estado, que permita la posibilidad de que se eliminen vidas humanas, es negar el principio de que todos los seres humanos son iguales. Se lee en *Evangelium Vitae* 57: "Cada ser humano inocente es absolutamente igual a todos los demás en el derecho a la vida. Esta igualdad es la base de toda auténtica relación social que, para ser verdadera, debe fundamentarse sobre la verdad y la justicia, reconociendo y tutelando -a cada hombre y a cada mujer- como persona y no como una cosa que puede disponer". Negar esta igualdad fundamental es abrir la puerta a una nueva forma de discriminación de las personas, según la categoría de deseados e indeseados; lo que es, desde todo punto de vista, inadmisibles.

6. SIETE DÍAS DE INDEFENSIÓN

Algunas personas han postulado que esta píldora no es abortiva dado que, de haberse producido la fecundación, su efecto consiste en evitar que el embrión -que ya tiene aproximadamente 7 días de vida- se anide, pero que no actúa una vez que se ha implantado. Quienes sos-

tienen esta tesis dejan en la más absoluta indefensión al embrión durante dicho período. A lo más, reconocen la existencia de vida humana, pero no de un ser humano, el que sería tal, una vez que se anide en el útero. Esta es una apreciación absolutamente insostenible. En efecto, el mismo ser que se forma a partir de la unión del espermatozoide con el óvulo es el que recorre las trompas de Falopio y el que se anida. Cada etapa de su desarrollo exige la anterior, en virtud de que se trata de la misma realidad, del mismo ser que tiene una estructura exclusivamente humana y estrictamente suya. Hemos de centrar la atención en la pregunta de si este producto atenta en contra de una vida humana o no, independientemente de dónde se ubique y en qué etapa de desarrollo se encuentre.

Esta pregunta no es baladí a la luz de lo que está en juego con la comercialización del LNG. Quienes afirman que el embarazo comienza cuando el embrión se anida en el útero materno, sostienen que, desde ese momento, se elimina el embrión y, por lo tanto, estaríamos en presencia de un aborto y no antes. Esta es una argumentación artificiosa, puesto que el objeto del aborto es eliminar una vida humana y ello puede acontecer desde el momento en que el óvulo es fecundado, y no desde que se anida. Decir que esta píldora no es abortiva porque lo que hace es impedir que el embrión se anide, pero que no lo elimina, es equivalente a afirmar que no se puede hablar de asesina-

nato cuando se le impide a una persona que se alimente. No sin razón, Juan Pablo II, para evitar todo tipo de manipulación del lenguaje, postula que: "el aborto procurado es la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento" (*Evangelium Vitae* 58)

7. UN PROBABLE MAL ES UN MAL CIERTO

Ahora bien, el hecho de que esta píldora sea abortiva, no significa que siempre produzca un aborto. El hecho de que un arma sea mortal, no significa que haya matado a alguien. La posibilidad de que la píldora actúe impidiendo que el embrión se anide, dependerá del momento en el cual la mujer tuvo una relación sexual y de la etapa de su ciclo menstrual. Si se administra en el período previo a la ovulación, es posible que tenga un efecto anovulatorio, pero si es durante el período de la ovulación y se produce la fecundación, la ingestión de ella está encaminada a que actúe su efecto antianidatorio.

Lo que sí está claro es que, dado que la mujer no tiene certeza en qué momento del ciclo se encuentra, al ingerir la píldora está dispuesta a que cualquiera de los dos mecanismos actúe, y ello, desde el punto de vista moral, es inaceptable. En efecto, la probabilidad de que se haga un mal, no es un mal pro-

bable sino un mal cierto. Además, en la conciencia de la mujer debiera quedar la duda si la píldora que ingirió actuó impidiendo la ovulación o la anidación. En ese sentido, la valoración moral de su uso es equivalente a la del aborto procurado.

8. EL ETHOS DE LA MEDICINA Y LA "PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS"

Con la aprobación y venta de esta píldora queda profundamente cuestionado el mismo ejercicio de la medicina y de los profesionales de la salud en general, cuya vocación fundamental es el cuidado de la salud y de la vida y nunca hacer daño. En el contexto en el que se vende y distribuye esta píldora, los médicos tienen el derecho y la obligación de negarse a prescribirla por cuanto no constituye, en sentido estricto, un acto médico que, además, viola el tan valorado juramento Hipocrático que dice: "No daré a nadie, aunque me lo pida, un medicamento letal, ni haré semejante sugerencia".

Con la ingestión de este producto químico, que de aprobarse estará disponible en las farmacias, no hay beneficio alguno. De haberse producido la fecundación se realiza un acto de injusticia con el recién concebido negándole el derecho a la vida. Se daña la salud de quien la ingiere. Por último, el legítimo derecho a la autonomía por parte de la mujer no puede ir en contra del legítimo derecho del médico a no participar de tal deci-

sión, ni, de haberse producido la fecundación, del derecho a la vida del recién concebido.

9. OTRAS CONSIDERACIONES DE INTERÉS

Aprobar esta píldora para su uso y comercialización lleva grabada una definición respecto de cuándo comienza la vida humana, qué valor se le ha de atribuir y la responsabilidad que le cabe al Estado frente a ella. Si la autoridad autoriza su uso, está diciendo que la vida humana comienza en el momento de la anidación, que antes de ese momento no tiene ningún valor, que se puede disponer libremente de ésta y que al Estado no le cabe ninguna responsabilidad en relación a ello. Dicho de otra manera, por decreto, se zanja un tema del que la biología, la filosofía y la teología tienen mucho que decir, así como la ética, el derecho constitucional y el poder legislativo. Si se admite que se puede arriesgar la vida durante los primeros días de la existencia de un ser humano, no habría razón alguna para prohibir la producción de embriones "in vitro", manipularlos, experimentar en ellos, desecharlos, y congelarlos. Tampoco habría razón alguna para oponerse a la clonación de embriones humanos, y la consiguiente destrucción de ellos, con "fines terapéuticos", mientras se cumpla dicho plazo.

Además, si se sostiene que el ser humano merece ser respetado desde el

momento en que se anida en el útero materno, ¿qué razones habría para negarse a que alguien diga que ha de ser respetado cuando aparece el sistema nervioso central, o cuando es reconocido por su madre, o cuando nace, etc.? En realidad, si se le niega su carácter de humano desde el momento en que es concebido –y, por lo tanto, que desde ese momento merece ser respetado– no hay razón alguna para negarse a dejar dicho momento a la opinión de cada cual. Aquello no refleja otra cosa que un gran escepticismo frente a la posibilidad de conocer la verdad.

Todo esto obliga a una reflexión más amplia en la que participen, biólogos, profesionales de la salud, abogados, legisladores, antropólogos, sociólogos y expertos en ética.

Múltiples teorías encontramos en relación a la pregunta por el inicio de la vida humana. La Iglesia Católica enseña que la vida humana comienza desde el momento de la fecundación, que el concebido merece ser respetado desde dicho momento y que el derecho que posee a que le sea respetada su vida le viene por el sólo hecho de ser, lo que no puede quedar supeditado a la decisión de terceros.

La Iglesia asume los logros alcanzados por la biología moderna, que están al alcance de todos quienes buscan sinceramente la verdad, cuando afirma que "desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida

que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces" (*Evangelium Vitae* 60)

Algunos se han referido al recién concebido como un ser humano potencial. Esta afirmación no es cierta porque si no ha sido humano desde el principio, no lo será nunca. Si es cierto que es un ser humano en desarrollo, con sus potencialidades, lo que nos permite decir que, frente al óvulo fecundado, estamos en presencia de un neonato en potencia, de un niño en potencia, de un adulto en potencia, pero ello justamente porque estamos en presencia en el aquí y ahora de un ser humano. Por lo tanto, desde que el óvulo es fecundado estamos en presencia de un ser humano con sus potencialidades, pero no de un ser humano en potencia.

De hecho, de no haber sido respetado aquel momento de nuestras propias vidas, no estaríamos reflexionando sobre estos temas.

11. LA COHERENCIA DE UN MENSAJE

La Iglesia Católica enseña la estrecha vinculación que existe entre la sexualidad humana y la vida. En efecto, la sexualidad humana es una capacidad propia del hombre y de la mujer que les permite vivir su vocación al amor y colaborar en la transmisión de la vida. La

Iglesia enseña, además, que el matrimonio –por el cual un hombre y una mujer se comprometen, para toda la vida, a amarse y a respetarse, a vivir la experiencia de la comunión corporal y espiritual, de manera total, fiel y para toda la vida– se constituye en un lugar privilegiado para vivir la vocación al amor. Por último, plantea que el matrimonio como experiencia de encuentro entre dos personas, está llamado a trascender a los esposos mediante el don de los hijos. Así, la sexualidad humana adquiere toda su verdad y su significado en el contexto del amor conyugal que, de suyo, es apertura al don de los hijos. Una excelente síntesis de esta inseparable unidad que existe entre el aspecto unitivo y procreativo que la unión sexual lleva grabada, la encontramos en las palabras de Juan Pablo II: "En su realidad más profunda, el amor es esencialmente don y, el amor conyugal, a la vez que conduce a los esposos al recíproco "conocimiento" (...), no se agota dentro de la pareja, ya que los hace capaces de la máxima donación posible, por la cual se convierten en cooperadores en el don de la vida a una nueva persona humana. De este modo, los cónyuges, a la vez que se dan entre sí, dan más allá de sí mismos, la realidad del hijo, reflejo viviente de su amor, signo permanente de la unidad conyugal y síntesis viva e inseparable del padre y de la madre" (*Familiaris Consortio* 14) Desde esta hermosa visión de la sexualidad humana se comprende lo empobrecedor

que significa una relación sexual al margen del matrimonio, cerrada a la vida y temerosa frente a la posibilidad de un embarazo o de contraer una enfermedad de transmisión sexual. La Iglesia está convencida de que la disociación de la relación sexual del matrimonio y de la apertura a la vida ha banalizado este encuentro interpersonal tan significativo y ha transformado la posibilidad de transmitir la vida, en un mal del que hay que defenderse. Consciente de su misión y del valor de su mensaje, sigue enseñando que la sexualidad humana es un bien, una bendición que se comprende adecuadamente en toda su riqueza, valor y significado en el contexto del matrimonio que implica de suyo generosidad para abrirse al don de la vida. Enseña, además, que todo ser humano tiene un valor sin igual en virtud de la dignidad que le es propia por el sólo hecho de ser, constituyéndose en la razón de existir de las instituciones sociales, políticas, etc. al que están llamados a servir y a respetar.

12. EL CASO DE AGRESIÓN SEXUAL

Como se ha explicado, y aunque la introducción de este producto no está orientado al caso dramático de la violencia sexual, ésta puede acontecer y exige para la víctima el mejor de los cuidados por lo doloroso que significa una agresión de esta índole. Sin embargo, dado el valor de la vida humana, bajo ningún

punto de vista es lícito, de haberse producido la fecundación, realizar una acción que tenga por finalidad eliminar la vida del fruto de aquel acto delictual. La agresión sexual es una injusticia que no se elimina con otra injusticia, como es realizar un aborto. Es mucho más coherente con una cultura de la vida darle la posibilidad a esa creatura a que viva. Son muchas las familias que estarían deseosas de hacerse cargo de ella, si su madre se declara incapaz de criarla y educarla.

Ahora bien, ello no significa que frente al caso de una violación no pueda realizarse ninguna acción que tenga por exclusiva finalidad evitar la fecundación. Por lo tanto, es éticamente lícito evitar la fecundación en el caso de que se haya producido una agresión sexual. Para ello, se debe tener certeza absoluta que, de no funcionar el procedimiento empleado, no se va a seguir un aborto; por lo que no podrán utilizarse procedimientos o fármacos que tengan en sí la capacidad de provocar un aborto. Para ello las investigaciones acerca de la fisiología de la mujer pueden hacer un gran aporte de tal forma de lograr -única y exclusivamente- que el espermatozoide del agresor no se encuentre con el óvulo de la víctima (cf. Melina L., *Amor Conyugal y vocación a la Santidad*; Pennsylvania Catholic Conference, *Guidelines for Catholic Hospitals Treating Victims of Sexual Assault*)

13. A MODO DE CONCLUSIÓN

Las palabras de Juan Pablo II constituyen una excelente síntesis de lo que está aconteciendo con la introducción de este fármaco en nuestro país. "Con las nuevas perspectivas abiertas por el progreso científico y tecnológico surgen nuevas formas de agresión contra la dignidad del ser humano, a la vez que se va delineando y consolidando una nueva situación cultural, que confiere a los atentados contra la vida un aspecto inédito y -podría decirse, aún más, inicuo- ocasionando ulteriores y graves preocupaciones: amplios sectores de la opinión pública justifican algunos atentados contra la vida en nombre de los derechos de la libertad individual y, sobre este presupuesto, pretenden no sólo la impunidad, sino incluso la autorización por parte del Estado, con el fin de practicarlos con absoluta libertad y, además, con la autorización gratuita de las estructuras sanitarias". (*Evangelium Vitae* 4)

Más urgente que nunca resulta el diálogo desapasionado y sincero en búsqueda de la verdad, el respeto de valores tan consolidados en nuestro país y, sobre todo, el respeto por la vida humana desde el momento de la concepción hasta la muerte. De no mediar este esfuerzo de todos, se terminará imponiendo la razón de la fuerza y no la fuerza de la razón. Sería interesante que nos detuviéramos en el hermoso testimonio de generosidad

de tantas personas que, a pesar de las dificultades económicas, sociales o personales, han defendido siempre la vida; esto, creo, es lo que ha quedado plasmado de manera tan certera en nuestra propia

Constitución, que consagra -expresamente- el cuidado de la vida del que está por nacer, así como los Tratados Internacionales a los cuales Chile ha suscrito.

CLONACIÓN

UNA MIRADA
DESDE LA ÉTICA
Y EL DERECHO

Dr. Carlos Mosso

Abogado. Profesor Asistente de Instituciones de Derecho Público (Fac. de Ciencias Económicas y Sociales, Pontificia Universidad Católica Argentina)

Profesor Asistente de Derecho en el Magister de Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)

Premio Academia Nacional de Medicina por el trabajo Problemas éticos que plantean las técnicas que actúan sobre la reproducción humana asistida desde la perspectiva cristiana a finales del Siglo XX (1995)

PALABRAS CLAVE

CLONACIÓN HUMANA – PERSONA – EMBRIÓN – CLON – DISCRIMINACIÓN

La intención de este artículo es brindar algunos elementos para la reflexión que el tema de la clonación de humanos exige, desde la ética y el derecho, sin que ello signifique dejar de lado las otras dimensiones de ese "sujeto antropológico" que es el hombre, como la dimensión afectiva, la psicológica y la religiosa, las cuales convergen en el análisis del tema, en un modo necesario e inescindible.

Porque lo que se debate en la sociedad hoy día respecto de temas como la

clonación, -tema tan apasionante o espeluznante, según cómo se lo enfoque- no es la posibilidad técnica de producir clones, lo que se muestra como factible, ni tan sólo la objeción que se presenta, moralmente hablando, en relación a la puesta en marcha de mecanismos de reproducción humana disociados de la sexualidad, que vienen -históricamente- a continuación de las técnicas de fertilización artificial. Lo que se debate es, una vez más y con renovados matices, *la concepción integral de lo que es el Hombre*, debate que se ha agudizado en las últimas décadas por una discusión -que ya no resiste el menor análisis- respecto del concepto de *persona humana*.

Desde que los espartanos arrojaban del monte Taigeto a los niños malformados hasta la eliminación de embriones congelados en la probeta de hoy día, la historia demuestra, casi como una constante, la actitud de desprecio por cierto tipo de vidas humanas: la de los indefensos e inocentes, la de los minusválidos o, simplemente, la de los dominados. Esto no debería sorprendernos a la hora de analizar el tema que hoy nos convoca, pero sí constituye un marco de referencia para el enfoque del problema.

En efecto: si hasta en la España evangelizadora se planteó el debate en el siglo XV respecto de los indios para determinar, luego de las agitadas discusiones de filósofos de la talla de Antonio de Montesinos y Ginés de Sepúlveda, que aquellos efectivamente *eran humanos* y, por lo

tanto, *sujetos de derechos* al igual que los congéneres conocidos hasta ese momento en el resto del mundo. Similar debate se planteó a partir del siglo XVII con motivo de las expediciones comerciales al continente africano organizadas, especialmente, por Inglaterra para importar esclavos de raza negra al continente americano. La pregunta era si esos individuos con *características humanas* eran realmente hombres, es decir, personas en sentido jurídico y no "cosas" que pudieran ser objetos de comercialización. La impronta de dicha discusión todavía se siente en las postrimerías de nuestro siglo: en el llamado "país del Norte" todavía subsisten los problemas raciales. En nuestra civilización argentina, de herencia hispánica y católica, en cambio, podemos decir con orgullo que ese problema no existe.

El mito de la raza superior de la ideología nacional-socialista constituye, tal vez, la versión más sofisticada del desprecio del hombre por el hombre. Ya no es la discusión sobre la condición humana de individuos de otro color o de costumbres rudimentarias. Es la aceptación de la posibilidad de que, por razones que podríamos atribuir a la genética, se descubre que algunos individuos, sin perjuicio de su naturaleza humana, pueden ser eliminados de la sociedad por no ser tan perfectos a la luz de criterios de perfección arbitrarios y dudosos, como la belleza física o -incluso- el coeficiente intelectual.

Estos ejemplos que hemos mencionado, a título ilustrativo, nos muestran,

por otro lado, una constante de carácter dialéctico: la pregunta del siglo XV sobre si los indios eran humanos, la pregunta del siglo XVII sobre si los esclavos podían ser comercializados y la pregunta de este siglo sobre si los humanos que no pertenecían a la raza aria podían ser eliminados, hoy día –pese a los avances de los llamados derechos humanos que tienden a resguardar al hombre de todo tipo de discriminación por razones de origen, raza, sexo o religión– se encuentra reformulada a la luz de los últimos descubrimientos científicos.

En efecto: la pregunta ahora es si los embriones humanos son personas o si pueden ser transferidos de una probeta a un útero alquilado, si pueden ser sometidos a una paternidad legal distinta de la biológica como consecuencia del contrato de los donantes de gametos con el hombre o la mujer infértiles o si pueden ser eliminados y tirados a la basura porque ya no caben en el laboratorio y los padres no han solicitado nuevas implantaciones.

Surge como evidente que, si los embriones humanos no fueran personas, el aborto no sería –moralmente– del todo objetable, más aún, si el caso concreto se presentara con situaciones tan patéticas como la violación de la gestante. A lo sumo, podrían plantearse respecto del aborto cuestionamientos de tipo ecológico. Si los embriones humanos no fueran perso-

nas, tampoco habría dificultad ética para que sean congelados y utilizados con fines de experimentación o vendidos a padres infértiles. Finalmente, no podría considerarse un homicidio la eliminación de embriones desde los laboratorios.

Pero la dialéctica se ha instaurado en la sociedad con argumentaciones filosóficas cada vez más sutiles y sugestivas. Y así, ha surgido, entre los promotores de los “homicidios intrauterinos” y “de probeta”, esa pretendida y caprichosa distinción entre *hombres que son personas* y *hombres que no son personas*, olvidando eso tan elemental de que, en palabras de Fernando Monge, “la naturaleza humana no posee otra modalidad de existencia real que la de ser persona”.¹ La sutileza ya no consiste en negar que el embrión sea humano, sino en afirmar que, a pesar de ser humano, no es persona. El concepto de persona así se transforma y, por sobre la realidad ontológica, se imponen pautas que surgen de *arbitrarios convencionalismos*, como, por ejemplo, el de atribuir “*personidad*” sólo al ente humano que tiene *conciencia de sí* o al ente humano que *está en relación con los demás entes humanos*. Con este concepto, carecerían de personidad, no sólo los embriones humanos en la probeta o en el vientre materno, sino, también, los comatosos, los enfermos de Alzheimer, los esquizofrénicos en sus

1 Fernando Monge: *La personalidad del hombre desde su concepción*. ASD Prensa, año III, nº 44 15-2-87.

brotos y hasta el memorable "Tarzán", que no tuvo relación con entes humanos hasta que apareció su querida "Jane".

Como dice Julián Marías, "asombra la resistencia de este siglo a comprender lo que significa ser persona"², que se traduce en la necesidad de explicar -siguiendo a Roberto Andorno- algo tan evidente como que "todos los humanos son personas"³. Va de suyo que no todas las personas son humanas. Baste recordar el misterio trinitario: tres personas y un sólo Dios verdadero, y dos naturalezas en la segunda persona que convergen: la humana y la divina. Pero si no todas las personas son humanas, todos los humanos son personas, puesto que la personeidad *inhiera* al ente humano de la misma forma que es inherente al ser humano su libertad. No hay hombre que no sea libre, en razón de su misma naturaleza; y no hay hombre que no sea persona, también, en razón de su misma naturaleza humana.

No obstante las sutilezas dialécticas del pensamiento contemporáneo que hemos señalado, podemos ser optimistas en cuanto a que décadas de lucha, en este siglo, por defender la vida humana desde sus inicios, empiezan a rendir sus frutos a través del reconocimiento, en el orden legislativo, de la condición de persona del ente humano desde la concepción. Como todos sabemos, ello ya está incorporado

en forma expresa en nuestra Constitución Nacional. Al menos, en el plano teórico, ello implica que dicha protección alcanza también a los embriones obtenidos mediante técnicas de fertilización artificial.

Pero, a la vez, esta conquista -paradójicamente- se volvería en contra de los humanos que vinieren al mundo como consecuencia de la técnica de la clonación, puesto que el reconocimiento legislativo respeta la vida humana *desde la concepción* y, como sabemos, en la clonación no existe técnicamente concepción, entendida esta como la unión del óvulo con el espermatozoide. En cuyo caso, los clones no estarán amparados por la ley, lo que significaría el riesgo de que suceda con ellos lo mismo que sucede con los embriones en el vientre materno cuando se les desconoce su condición de personas; o a los embriones congelados en el laboratorio que, pese al reconocimiento legislativo, en la práctica -de hecho- son tratados como si no fueran personas al ser manipulados, congelados y desechados.

Valga la observación para subrayar, una vez más, que la naturaleza del ente no depende de que una ley o un decreto la reconozca o deje de reconocer. Pero la discusión, de todos modos,

2 Julián Marías: *Tratado de lo mejor, la moral y las formas de la vida*, Alianza Editorial, pág. 1995.

3 Roberto Andorno: *¿Todos los seres humanos son personas?*, El Derecho n° 9435, 1998.

ha penetrado en la sociedad con elementos de fascinación y curiosidad difíciles de eludir.

Y surgen interrogantes como, por ejemplo, si tendrá el clon un alma humana al no ser producto de la unión de los gametos. Y si no tiene alma humana pero se mueve, ¿de qué naturaleza será? ¿Y si fuera un animal con rasgos físicos de hombre? Y, si es un hombre, ¿será idéntico al clonado?

Ya no es sólo el afán de tener un hijo que puede resolver, más allá de las objeciones éticas, la procreación artificial. Es la ingenua apetencia de querer penetrar en la "dimensión desconocida", con lo que significa la siempre presente tentación del hombre: la de emular a Dios. Emularlo en la actividad procreativa o, directamente, *reemplazarlo* en la actividad creadora.

La tentación del poder ya no es suficiente para el hombre contemporáneo. *Necesita, no sólo dominar al hombre, sino además crearlo.* Y, con esa sensación, habrá creído satisfacer el anhelo de ser como Dios, ya que no puede desplazarlo del todo. Pero la creencia va más allá. Dios creó ángeles, hombres, animales, vegetales y minerales. El hombre en el laboratorio ya está en la búsqueda de fabricar una *quimera*, es decir, la obtención de un *animal-hombre* y, sin duda alguna, si lo logra, estaría, al mismo tiempo, logrando superar a Dios. Como dije antes, ¡qué difícil es evitar la fascinación frente a

esa posibilidad! La fascinación que ha venido a convertirse en la tentación más arraigada de esta época. Y, desde "doña Rosa" hasta los jefes de los estados estaban pendientes de lo que pasaba al obtenerse un clon humano, con actitudes de farisaica moralina, como la del ex-presidente Clinton, que en su momento, desaconsejó la investigación sobre la clonación en su país aduciendo razones éticas. *La misma ética con la que promovió, no hace mucho atrás, la última conquista de los movimientos abortistas del mundo: el aborto por decapitación.*

Pero, como toda pasión desordenada, la fascinación fácilmente puede ser motivo del desengaño abrupto para el hombre. Desde la torre de Babel a nuestros días, cada vez que el hombre quiso emular a Dios, cayó estrepitosamente. Y, a poco que ahondemos en lo metafísico para responder a algunas de esas preguntas que sugieren que el hombre puede reemplazar a Dios, podemos decir, en el breve marco de este artículo, que:

- 1) por de pronto, frente a la pregunta acerca de si el clon será idéntico al clonado, hay que recordar que *todo ente sólo es idéntico a sí mismo*, por lo que el clon podrá ser igual al clonado, o semejante, pero nunca idéntico a aquél.

- 2) Si sostenemos que el óvulo fecundado es ya un ser humano, ninguna dificultad aparece en que si un óvulo se comporta *como si estuviera fecundado* -como consecuencia de la técnica de la clonación- y comenzara a desarrollarse, es que esa realidad fenomenológica constituye una materia predispuesta, es decir, un "todo organizado", como enseña Santo Tomás de Aquino, para recibir el alma que será creada por Dios. Es decir, el hombre no estará creando otro hombre, puesto que sólo habrá predispuesto la materia que recibirá el alma.

- 3) El tema de la quimera se resuelve con el principio de contradicción: el producto que se obtuviere por la fusión de un gameto animal con el de un hombre, *bien será un hombre o bien un animal*, pero nunca un ente intermedio que implicaría aceptar la posibilidad de un alma semi-humana, lo que es un imposible metafísico, por la naturaleza espiritual del alma humana, que es por ello, además, simple e indivisible. Después de todo, y sin perjuicio de los simbolismos de la Escritura, sabemos que Dios no necesitó más que un pedazo de barro para crear al primer hombre, por lo que, puede bastarse de un óvulo fecundado por una célula no sexual para crear otro hombre.

¿Es moralmente lícita la clonación de humanos? Veamos por qué no.

A la luz de los principios de la lógica, creemos haber demostrado sucintamente que un clon no puede ser idéntico al clonado, lo que desvanecería absolutamente la vana ilusión de recuperar al ser querido fallecido. El principio de contradicción nos muestra que también resulta vano especular sobre la posible naturaleza del clon. Si del procedimiento de la clonación surgiera un animal, toda especulación ética respecto del ser obtenido resulta innecesaria. Si resulta un humano, en cambio, la discusión ética se presenta como impostergable y, sobre todo, a la luz del principio de razón suficiente, que dicho en forma de pregunta respecto de la clonación estaría formulado así: *¿para qué obtener un clon humano?*

La conciencia de los científicos, en este punto, se enfrenta con la violación del orden de la naturaleza que ha sido impuesto por Dios a los hombres. En el fondo, *Dios ha querido que el hombre se reproduzca como consecuencia del acto amoroso de los cónyuges y no de otra forma*. Es decir que, cualquier otra forma puede traerle al hombre consecuencias funestas de todo tipo.

Y, lo que ya casi todo el mundo imagina respecto de la clonación -como la posibilidad de obtener superdotados o la reproducción de tiranos, si esto cae en manos de mentes no sólo

fascinadas por la creencia de poder emular a Dios, sino también fascinadas por la posibilidad de emular al mismo demonio- puede volverse realidad. Pero, como toda realidad que se produce contrariando las leyes de la naturaleza, se volverá indefectiblemente en contra del hombre que la ha promovido. Y, así como hemos puesto el ejemplo del comercio de esclavos -realidad que partió de la base de desconocerles la condición humana a aquellos y que, al día de hoy, todavía cuesta sangre en la sociedad norteamericana- podemos bien imaginar que la producción de clones creará en la sociedad un nuevo "tipo antropológico", que hasta que se le reconozcan sus derechos, sufrirá discriminación por razón de su origen o será utilizado como nueva mano de obra barata -según el clon que se reproduzca- el que coexistirá, a su vez, con los clones que se obtendrán de los superdotados de la humanidad.

Indefectiblemente, ello traerá mayores desigualdades que las que todavía en el mundo contemporáneo existen. Clones privilegiados por razones genéticas versus clones discriminados por sus condiciones para el trabajo forzado, serán el motivo de una nueva revolución francesa o una nueva guerra de secesión. Porque, a todo esto, nos habremos olvidado que todo hombre -bello o feo, débil o fuerte, inteligente u oligofrénico- posee eso tan personal y, a la vez, comunicante e insustituible que es la *capacidad de sentir y de amar, para lo cual esencialmente Dios lo*

crea. Y no faltarán motivos más banales como la recomendación del psiquiatra al enfermo depresivo de que se compre un clon para distraerse sacándolo a pasear o para que le haga compañía. Los clones de mujeres aptas para el comercio carnal inundarán los barrios y apartarán a los travestis, pero también un día bregarán por sus derechos y arrasarán a las multitudes asqueadas de prostitución.

La clonación se erige, a su vez, como la *exaltación del narcisismo* de este comienzo de siglo. Ya no se trata de procrear sin unión del hombre con la mujer. Se trata de prescindir absolutamente de aquél. Disociadas absolutamente la sexualidad de la procreación, virtualmente, el hombre se convierte en un ser asexuado. Pero, para ello, antes habrá dejado de ser virtualmente un animal *político*, un animal *religioso*, un animal *patriótico*, en definitiva, un ser amante de su creador. En lugar de su imagen y semejanza, acrecentará su egoísmo y la sociedad será un mero ayuntamiento de soledades errantes...

La revolución industrial reemplazó al hombre por la máquina, lo que dio lugar a la necesidad de reivindicar los derechos del trabajador. Curiosamente, la clonación reemplazará a las máquinas por los clones pensados -políticamente hablando- para realizar el trabajo de aquéllas, lo que significará atribuirles un "status ontológico" inferior al de las máquinas. Desde el vamos, ya

se está pensando en negar la condición de persona de algunos clones, según lo que convenga a las potencias mundiales. Si sirven para el trabajo no reconocerles su condición de personas. Si son superdotados, se les reservará un lugar privilegiado, en una suerte de mecenazgo contemporáneo, para responder a los fines siempre espurios de sus fabricantes.

Se observa con honda preocupación que lo que vuelve a estar en juego es la concepción del hombre. Decíamos, al principio, que el hombre es "sujeto antropológico". Y, aunque esto suene tautológico, lo hemos dicho adrede, precisamente para poner énfasis en que el *hombre -antropos-* es *sujeto y no objeto* y su condición de sujeto no puede ser vulnerada bajo ningún aspecto.

¿Qué podemos prever respecto del mundo clonado que no sea a la humanidad enfrentada, en forma desafiante, y necia a su creador? La imaginación nos puede hacer pensar en una nueva versión de Jurassic Park, en la que el protagonista principal no será el tiranosaurio sino la muchacha enamorada de un hombre clon, a la que, por la normativa que impere, no le será permitido casarse con él. O, lo que es peor, la revolución de los clones que unidos en ejércitos toma-

rán el poder y someterán a sus fabricantes y al resto de los humanos, justos y pecadores, como tantas veces ha pasado en la historia.

Todo esto es imaginable, pero no es lo que debe alarmarnos, al menos, con urgencia. Lo que urge es reflexionar sobre la tendencia del mundo contemporáneo. Como dije antes, la clonación es la versión más sofisticada del narcisismo científico y ello repercute en la sociedad en forma paradigmática. Las consecuencias serán el aumento del egoísmo, el desprecio entre los sexos, en definitiva, la cosificación del hombre. El *"sujeto antropológico"* se convertirá en *"objeto antropológico"*, extraña y sorprendente curiosidad metafísica. *El amor, en definitiva, será el gran convidado de piedra en el mundo clonado y esta es, en el fondo, la razón más poderosa para objetar la clonación de humanos.*

Como escribía Alberto Rodríguez Varela en 1997: "en vísperas del siglo XXI, las líneas de tendencia son muy inquietantes. El relativismo y el materialismo pugnan por imponerse en todas las latitudes y se advierte un preocupante extravío de la conciencia moral. Urge revertir esas corrientes regresivas *que prescinden de un legado espiritual más de dos veces milenario*, antes de que resulte demasiado tarde"⁴.

4 Alberto Rodríguez Varela: *Aproximación a la persona antes de nacer*. Educa, pág. 221, 1997.

CÉLULAS ESTAMINALES Y CLONACIÓN TERAPÉUTICA

Dra. Margarita Bosch

Licenciada en Ciencias Biológicas (UBA), especializada en Microbiología. Doctora en Química. Realizó investigaciones para el Departamento de Química Biológica de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires y para el Instituto de Investigaciones Bioquímicas Luis Federico Leloir (Fundación Campomar)

Presentó más de quince cursos de posgrado en Genética molecular, Ingeniería genética, Genética de parásitos, Manejo de residuos y Cultivo de tejidos.

Realizó el Curso de Perfeccionamiento en Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore (Roma, 2000)

Es socia fundadora de la Comisión Nacional de Ética de la Academia Nacional de Medicina y Miembro de la Asociación Argentina de Bioética.

Actualmente se desempeña como docente e investigadora del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina.

PALABRAS CLAVE

CÉLULAS ESTAMINALES – BLASTOCISTO – EMBRIOBLASTO – CLONACIÓN TERAPÉUTICA – CONCEPCIÓN Y PERSONA – LÍNEAS CELULARES IN VITRO

Las células estaminales (células stem o stem cells, en inglés) son células que tienen una enorme plasticidad biológica. Son las células primordiales, que pueden reproducirse prolongadamente sin diferenciarse, o bien, dar lugar a cé-

lulas madre, las cuales son el origen de una gran variedad de células altamente especializadas, las células de los tejidos. Las células estaminales, en los vegetales, se encuentran en los meristemas, es decir, las zonas de crecimiento apical o axilar, que dan las diversas estructuras vegetales (tallos, raíz, hojas y flores) por proliferación y especialización. En los humanos, se encuentran en la medula ósea y el cordón umbilical, principalmente¹.

Gracias a las tecnologías de fertilización extracorpórea y al estudio de embriones humanos in vitro, se ha logrado establecer células estaminales (en adelante CE) humanas de origen embrionario² in vitro, que poseen, debido a su origen, una mayor supervivencia en laboratorio e in vivo si son transplantadas³.

La obtención⁴ de CE implica la extracción de la masa celular interna del blastocisto (embrión cavitado de 4 o 5 días de vida), llamada embrioblasto, con la consecuente destrucción del embrión hu-

mano. Los embriones utilizados son los sobrantes de fertilizaciones, o bien, los fabricados en laboratorio con gametas sobrantes de estas técnicas.

Las primeras experiencias en ratón⁵, realizadas en los años ochenta, mostraron que las CE pueden diferenciar en una variedad de tejidos in vivo e in vitro y que pueden contribuir a líneas germinales embrionarias⁶ aún en animales quiméricos. También pueden obtenerse células con características muy similares de la cresta genital^{7 8}, a partir de células germinales primordiales. Estas CE se llamaron CE germinales⁹ y, generalmente, se utiliza como fuente de las mismas los fetos producto de abortos provocados.

El manejo implica cultivar los embriones sobre capas celulares adaptadas (llamado *feeder*; en este caso, son estratos de fibroblastos irradiados en cultivo) y un medio adecuado donde, por formación de colonias y repique, puedan establecer líneas celulares con características de esta-

1 Van der Kooy, D; Weiss, S; *Why stem cells?* Science (2000) 287, pp 1439-1441.

2 Thompson, J. A. y col.; *Embryonic Stem Cell Lines Derived From Human Blastocysts*, Science, (1998) 282, pp 1145-1147.

3 Vogel, G.; *Harnessing the power of stem cells*, Science (1999) 283, pp 1432-1434.

4 Academia Pontificia para la Vida; *Declaración sobre la Producción y Uso Científico y Terapéutico de las Células Estaminales Embrionarias Humanas* -24 agosto 2000- (en la web <http://www.vatican.va>)

5 Evans, M.J.; Kaufman, M.H.; *Establishment in Culture of Pluripotent Cells From Mouse Embryos* Nature (1981) 292, pp 154-156.

6 Líneas celulares que originan las gametas.

7 Primordio embrionario de ovario y testículo.

8 Rossant, J.; *Immortal Germ Cells?* CurrBiol (1993) 3, pp 47-49.

9 Matsui, Zsebo y Hogan; *Derivation of pluripotent embryonic stem cells from murine primordial germ cells in culture* Cell (1992) 70, pp 841-847.

minales. De estas líneas pueden establecerse, luego, líneas celulares diferenciadas, de tipo hematopoyético, muscular, epitelial y hasta nervioso, como si se hubieran originado de las tres láminas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo)

Los aspectos terapéuticos están todavía en estudio, pero las posibilidades son tan revolucionarias y únicas que la tentación a nivel de investigación biológica es muy grande. Como perspectiva, se abre la posibilidad, en primer lugar, de que posean las mismas propiedades que las mostradas por células de ratón (ya que, los procesos del desarrollo pueden inferirse a partir de especies relacionadas pero sólo cuando se estudien sobre humanos se conocerá estrictamente su función) y, en segundo lugar, que puedan utilizarse para reemplazo de tejidos, salvando los problemas de histocompatibilidad.

Para esto, se podría intentar una clonación humana con fines terapéuticos. Es decir, a partir de un ovocito humano, enuclearlo, trasplantar en él el núcleo de una célula del paciente, obtener el cigoto, cultivarlo hasta el estadio de blastocisto, obtener las células estaminales, cultivarlas como se mencionó, diferenciarlas in vitro al tejido esperado y trasplantarlo sin riesgo de rechazo inmunológico, ya que la información genética que portan esas células es la del paciente.

Esto supone una serie de dificultades técnicas pero, principalmente, un número de dificultades éticas.

PROBLEMÁTICA BIOÉTICA

La principal dificultad se refiere a la destrucción de embriones humanos. Se sabe que la concepción coincide con la fertilización¹⁰, por lo que, un cigoto -embrión humano unicelular- es ya un organismo humano, uno en sí mismo. Este posee su propia información y la capacidad intrínseca de desarrollo según el programa genético, dado por la activación del ovocito por el espermatozoide. Todas las características de su especie, que irá expresando a lo largo de su vida según el estadio de desarrollo en que se encuentre y su propia particularidad genética, están insitas desde la fertilización.

El proceso de desarrollo, gradual y coordinado, lo llevara desde el estadio unicelular a cualquier estadio, en un lapso variable de tiempo, en el que no es posible marcar con precisión separaciones significativas, porque implica un continuo. No es posible determinar inflexiones, porque el verdadero cambio de estado fue la interacción de gametas: de dos células destinadas a

10 Bosch, M; *Fecundación y Concepción: coinciden?* Vida y Ética (2000) pp 7-41 - Bosch, M; *Problemática de la Procreación*, en Jornada por la Vida, EDUCA (Buenos Aires, 1999)

morir se obtiene un organismo autogestante. El embrión humano es uno en sí mismo.

Utilizar un embrión humano con fines de investigación es inadmisibles para muchos porque implica destruirlo. Aún si el destino es terapéutico, porque implica matar a uno para intentar sanar a otro.

EL MENSAJE DE LA IGLESIA CATÓLICA

La Pontificia Academia para la Vida, en la *Declaración*¹¹ sobre la producción y sobre el uso Científico y terapéutico de las células estaminales embrionarias humanas, aclara¹² que:

"(...) Es moralmente ilícito producir o utilizar embriones humanos vivientes para la preparación de CE, porque el individuo humano tiene derecho a su propia vida, por tanto, cualquier intervención que no sea a favor de ese mismo embrión se constituye en acto lesivo a tal derecho. La ablación de células de embrioblasto, al destruir el embrión, es un acto gravemente inmoral e ilícito. La iglesia siempre ha enseñado que al fruto de la generación humana, desde el primer momento de su existencia, se le garantiza el derecho incondicionado que es moralmente debido en su totalidad y

unidad corporal y espiritual, y se le debe reconocer el derecho de la persona, entre ellos y sobre todo, el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida"¹³

El mensaje va aún mas lejos, en el caso de una cooperación con actos ilícitos, como sería el usar células derivadas de las obtenidas por estos métodos o la obtención directa de CE de fetos producidos por aborto. El fin bueno no justifica ni minimiza el mal que significa la destrucción de un embrión o la muerte de un feto humano. Por lo tanto, no hay que convertirse en colaborador de esos actos moralmente condenables.

¿Y EL PROBLEMA DE LA CLONACIÓN?

La clonación se ha sostenido en los medios de comunicación social como una curiosidad, un increíble avance de la ciencia, un poder de horizontes inciertos, tanto en el sentido de las posibilidades como de los riesgos. El domingo 25 de noviembre de 2001 los diarios del mundo se vieron conmovidos por la noticia de que un veterinario argentino y su equipo realizaron una clonación humana -según ellos, la primera- con éxito hasta una cierta etapa del desarrollo.

¹¹ También puede encontrarse en http://www.vatican.va/roman_curia/

¹² El texto que sigue esta tomado de las páginas 4 y 5, por párrafos, N del Autor.

¹³ El texto de la declaración firmado por el presidente, Prof. Juan de Dios Vial Correa, cita el documento *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione donum vitae* (22.2.87) del Papa Juan Pablo II, en *Acta Apostolicae Sedis* 1988, 80, pp70-102.

Dejando para otro artículo un análisis más extenso de la problemática, la clonación sin fines reproductivos está en el centro de la cuestión sobre el uso terapéutico de las células estaminales. Conviene aclarar aquí que lo que tiene un peso moral es la clonación en sí, no importa cuál sea el destino; esto porque la utilidad de una acción no disminuye su maldad moral: si el objeto es malo, el fin no hará a esa acción menos mala.

¿Es lícita la generación de vidas humanas por estos métodos? Cabe destacar que la naturaleza creada y sostenida por Dios tiene una forma de procreación que es óptima para el concebido, principalmente en orden a sus intereses (tener una genética propia, pertenecer a una familia, tener unos padres que lo reciban, lo cuiden y lo eduquen)

La clonación sin fines reproductivos implica, sin dudas, creación de vida humana para su destrucción. Pero, ya vimos que no es lícito procrear con el objeto de destruir. Vale aquí el mismo aná-

lisis que para la formación de embriones humanos a partir de gametas con el fin de obtener las CE, con posterior destrucción del embrión.

CONCLUSIONES

Los avances de una ciencia que se ha asomado a los secretos de la materialidad humana, a través del estudio de la genética, el Proyecto Genoma Humano y las manipulaciones de gametas y embriones in vitro, muestran la importancia de una reflexión y toma de decisión que nos involucre como personas y como humanidad.

Una ciencia será realmente instrumento de progreso, y hasta de cooperación con la obra creadora de Dios, en la medida en que respete al hombre como tal, en su toda dignidad, manifestada en las dimensiones tanto materiales como espirituales, unidad personal llamada a la redención.

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA EL POTENCIAL DEMOGRÁFICO DE LAS NACIONES EN UN MUNDO GLOBALIZADO

V CONFERENCIA
IBEROAMERICANA SOBRE
LA FAMILIA
MADRID - 19-22
DE SEPTIEMBRE DE 2000

Dr. Oscar Botta

Médico sanitarista. Profesor titular de demografía de la Universidad del Museo Social Argentino. Ex Secretario de Salud Pública del Municipio de San Miguel, provincia de Buenos Aires. Delegado argentino ante la ONU en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto (septiembre de 1994). Coordinador del Panel Población, salud y desarrollo del Congreso Mundial de Educación Internacional organizado por la UNESCO (agosto de 1999). Profesor invitado del Magister en Ética Biomédica en la Pontificia Universidad Católica Argentina.

PALABRAS CLAVE:

FAMILIA- POLÍTICA FAMILIAR - DEMOGRAFÍA -
GLOBALIZACIÓN

Injustamente el suministro de servicios de salud entre las minorías acomodadas y las mayorías desposeídas hace crecer la brecha de la inequidad.

En los últimos 20 años, han surgido más de 100 democracias pluripartidistas en el mundo y el sufragio universal está ya previsto en casi todos los estados. Pero estas victorias de la urna electoral sobre las dictaduras, no quieren decir siempre libertad para los ciudadanos.

Muchas democracias no logran adoptar políticas que protejan o promuevan los derechos humanos. Especialmente la marginación de las minorías es la verdadera debilidad de muchos sistemas democráticos (las mujeres, las etnias menos representadas, los inmigrantes, son grupos que a menudo sufren discriminaciones, también en países occidentales).

La globalización, por un lado, parece que crea oportunidades para todos los habitantes del planeta pero existen grandes disparidades en cuanto a la capacidad de expandir el comercio exterior, en el atraer nuevas inversiones y en el uso de nuevas tecnologías.

Por eso se están ensanchando las desigualdades de renta entre los países más pobres y los más ricos.

Y lo bueno es que todo esto ocurre, a mi manera de ver, porque se desvincula el progreso de la economía de los puntos firmes de la ética con respecto a la familia.

Estas nuevas realidades en un mundo donde todo se globaliza, hasta el mismo trabajo digno, no deberían violar nunca la dignidad y la centralidad de la persona humana en su ámbito familiar, como tampoco su libertad.

1. FAMILIA TIERRA DE EDUCACIÓN Y SOLIDARIDAD

Dentro de la familia se plantan las semillas del futuro, es tierra de educación y espacio de solidaridad.

Si observamos los cambios que han ocurrido a través de los siglos en todos los órdenes de la vida, comprobaremos que lo único que ha permanecido siempre es la familia.

Justamente por eso es que debemos globalizar si la "solidaridad entre las generaciones".

Los niños de hoy son los que van a integrar la población económicamente activa del futuro. Ese futuro se fragua en la familia y en los hijos.

La solidaridad, la participación y la posibilidad de gobernar los cambios radicales constituyen, si no la solución, al menos la garantía ética necesaria para que las familias y los pueblos no se conviertan en instrumentos sino en protagonistas de su futuro.

Como esto es posible, se convierte en un deber de los gobernantes y de los Estados.

La economía de un Estado no debe invertir el orden fundamental que da prioridad al trabajo sobre el capital y al bien común sobre el bien particular.

Invertir en la familia es invertir en verdadero desarrollo sostenido.

2. NECESIDAD DE UNA POLÍTICA FAMILIAR

En términos generales la política familiar se refiere a las decisiones y a la gestión pública que afectan las realidades familiares. En este momento en el que los costos sociales plantean cada vez

más problemas de financiación, se impone la puesta en marcha de políticas familiares orientadas hacia el futuro.

Debemos tener en cuenta que, desde la década del 60, existen métodos que facilitan el control casi total de la fecundidad.

Ese control ha conducido al envejecimiento de la población mundial, generado por el descenso global de la fecundidad y el aumento de la longevidad por los avances de la medicina.

Ese envejecimiento puede crear vacíos morales y culturales al generar la pérdida de solidaridad entre las generaciones.

De esto se desprende que, en lo que atañe a la política familiar, para favorecer el potencial demográfico de los pueblos, se debería crear un préstamo al matrimonio, que será eficiente y eficaz si implica un descuento en las deudas ante cada nuevo nacimiento y un control sobre cómo se utilice.¹

Estadísticamente existe una diferencia considerable entre el deseo de tener hijos, la pasión por la familia que constatan los sondeos de opinión y los datos cuantitativos vinculados con la evolución de las estructuras familiares.

Es por eso que es deseable que los gobernantes de los Estados Iberoamericanos asuman funciones en materia de **Política Familiar**, que es una política en el

pleno sentido de la palabra, es una práctica necesaria en un gobierno.

La Política Exterior y la de Justicia están formalmente reconocidas con una presencia ministerial, pero no es el caso de la política familiar que generalmente no tiene una representación en los gobiernos.

Las condiciones de vida de una familia no son siempre las mismas. En un primer momento el matrimonio vive solo, luego llega el primer hijo, puede llegar el segundo, el tercero y muchos otros más. Unas veces la familia pasa por periodos de enormes responsabilidades materiales, otras veces esas responsabilidades son menores. La familia debe recibir más o menos según la magnitud e importancia de sus necesidades materiales.

Lo justo es recompensar a la familia por las responsabilidades materiales que asume en función de la importancia de éstas. La política familiar debe ir encaminada a favorecer la familia, no a perjudicarla.

Para eso debe:

- 1) valorar sus funciones,
- 2) ofrecerle un entorno saludable,
- 3) ayudarle a ejercer sus responsabilidades y
- 4) facilitar la solidaridad entre las generaciones.

¹ Dumont, Gerard François. *Le Festin du Kronos*. Editions Fleurus. Paris.1991.

La familia se inscribe en una solución de continuidad en el tiempo. En ella se conjugan una herencia biológica y otra cultural, al tiempo que construye el futuro. Es una clase de empresa de vanguardia desde un aspecto más esencial que técnico porque sus esfuerzos están siempre encaminados hacia el futuro.

Desde una perspectiva económica el niño es una inversión y la familia una empresa educativa. Así pues las normas que se aplican a las empresas en materia de gastos de inversión deberían ser igualmente respetadas en esta empresa educativa llamada familia. La educación es una verdadera misión.

3. EL POTENCIAL DEMOGRÁFICO DEPENDE DE LA FAMILIA

El esquema de la extinción de las civilizaciones desaparecidas siempre ha sido el mismo:

**Descenso de la natalidad,
Envejecimiento,
Declive y finalmente decadencia.**

Hoy vemos en hispanoamérica y también en toda Europa una avanzada transición demográfica que se manifiesta "por un acelerado descenso de las tasas de fecundidad, sumado a un aumento de la esperanza de vida". Se muere menos pero también se nace menos. Cosas ambas que el gran público no puede visualizar.

De todo lo anterior se desprende que el potencial demográfico de una nación depende de la familia.

La familia fecunda, la familia natural como lo define el artículo 16 de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, O.N.U.1948, donde dice: cualquier hombre y cualquier mujer sin distinción de raza, nacionalidad o religión, tiene derecho a casarse y fundar una familia(...). **La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la Sociedad y el Estado.**

Debemos reconocer que existen proyectos de leyes en Hispanoamérica que recogen algunas preocupaciones legítimas y acuciantes que conciernen al "misterio de la vida y a su comunicación" y que se propone un marco de "regulación social" donde es indispensable resguardar la dignidad y la libertad de todos para el bien de la familia.

Ahora bien si pudiéramos todo nuestro empeño en elaborar una verdadera política familiar, frenaríamos las variables negativas que se introducen en el escenario social hoy en día. Y para evitar la anarquía social, este mundo globalizado necesita contar con un criterio objetivo de responsabilidad moral.

La sociedad necesita una visión coherente que abarque tanto la dignidad como los derechos inalienables de cada persona, especialmente los más débiles y vulnerables.

4. DESAFÍOS DE LA GLOBALIZACIÓN

Si una "población numerosa" fue durante siglos la base del poder militar de los estados, en estos últimos tiempos constituyó -como mercado de consumo- el motor del desarrollo industrial.

No cabe dudas de que la revolución del conocimiento, de la tecnología y de la información constituyen la base de este nuevo escenario de la globalización donde el intercambio de bienes, de ideas, de servicios, entre otros, ha adquirido una dinámica inédita y ha suprimido prácticamente las barreras geográficas, políticas y de distancias entre países, ciudades y personas.

Este escenario ha tenido también un impacto sensible en el comportamiento de las familias y por ende de la población mundial.

Quiero referirme al tema de los desafíos que la globalización plantea a nuestras sociedades en términos de los objetivos reales de la familia y del "hom-bre ser familiar".

5. LA ECONOMÍA AL SERVICIO DEL HOMBRE

Recientemente el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD) en los Países del Mundo dice lo siguiente: lo más valioso de este estudio anual es que el desarrollo es medido en función de los avances producidos en la educación, la salud, la expectativa de vida entre otros y no tan solo me-

dante el análisis de factores estrictamente económicos.

El progreso social no puede ser entonces una variable subordinada al crecimiento económico sino a la inversa: la economía debe estar al servicio de la familia, debe ser un instrumento para el desarrollo humano.

Es la población y no la economía la preocupación central del desarrollo.

Resulta ineludible remarcar la dimensión familiar de la persona humana, pues no basta con reconocer los derechos fundamentales del hombre si se lo concibe solamente como un individuo aislado.

La verdad del hombre en cuanto persona es que antes de ser ciudadano es un ser familiar, es decir, tiene una identidad articulada con otras personas. De ahí los **derechos de la familia** como una **cuestión clave del desarrollo humano**.

6. FAMILIA FUENTE DE PROSPERIDAD

Existe un vínculo muy estrecho entre el dinamismo demográfico de una nación y la familia. Y es que la familia es fuente de prosperidad. Es bien sabido que el crecimiento demográfico es necesario para asegurar el crecimiento económico. No quiero decir que sea suficiente.

Obviamente no es fácil asumir esta realidad, pero podemos hacer una observación simple y recorrer los problemas que tienen los países envejeci-

dos. El envejecimiento de la población activa es perjudicial, ya que reduce la flexibilidad, el dinamismo y la movilidad de la mano de obra.

La demografía ocupa un lugar central en estos temas. Cuando desaparece la complementariedad de las generaciones porque baja la tasa de fecundidad de las naciones para no subir más, corremos el riesgo de entrar en un terreno propicio para los desequilibrios sociales.

Para la estabilidad de la sociedad es esencial el desarrollo económico. La familia es el lugar donde la paz y la prosperidad constituyen la verdadera finalidad de la economía.

Como la constitución de un patrimonio asegura un desarrollo durable, la inversión en el capital humano (la natalidad y la educación) creo que debe ser un imperativo categórico.

De la misma manera, los ataques contra la familia, la huida ante toda idea de compromiso o responsabilidad durable y la búsqueda de un placer inmediato, se apoyan sobre una concepción estrictamente individualista de la sociedad, que nos conduce al consumismo egoísta de este mundo globalizado.²

Si la familia deja de ser el centro de nuestras preocupaciones estratégicas, es el mercado el que pasa a protagonizar el proceso de globalización en perjuicio

de la igualdad de oportunidades y la justa asignación de los beneficios.

Como señala el informe del PNUD, hoy en día el 86% del producto bruto interno mundial está repartido entre los países de ingresos más elevados que representan la 1/5 parte de la población mundial. Así el resto de la población del planeta que reside en las naciones más pobres apenas llega al 1% del PBI.

7. POBLACIÓN SOBRENTE

Se deduce de esto que la Economía Mundial no está al servicio de las familias, por lo que las sociedades deberían adecuarse a los recursos que genera la economía.

Si la economía no permite una integración de todos los sectores sociales, estamos entonces frente al fenómeno de "población sobrante".

Con esta conclusión llegaremos rápidamente al Control Poblacional Total como solución a estos problemas. Y, si el eje de las preocupaciones pasa a ser el de adecuar el número de comensales al tamaño del banquete, corremos el severísimo riesgo de que la lucha por la erradicación de la pobreza se convierta en una lucha por erradicar a los pobres.³

Dentro de este esquema es donde muestra su rostro más perverso el "control de la natalidad con fines demográficos".

2 Lecaillon, Jean Didier. *Permanences*. Paris. Juin 1998.

3 Carreras, Aldo. *Congreso Mundial de Educación Internacional*. UNESCO. Buenos Aires. Julio 1999

Dentro del "Nuevo Orden Mundial" debería asegurarse que cada nación se habilite para lograr pacíficamente su propio estilo de vida, con su propia cultura y sus propias tradiciones. Incluso aunque ellas nos parezcan exóticas o inconcebibles.

La roca firme de la diversidad social es el respeto mutuo.

La nueva antropología que constituye la base de ese nuevo orden se evidencia, sobre todo, en la imagen de la mujer en la ideología del "Women's empowerment" (la autorrealización de las mujeres) nacida en la Conferencia de Pekín.

Sin embargo, los principales obstáculos que se interponen entre ella y su autorrealización son: La Familia y La Maternidad.

La especificidad femenina está llamada a anularse ante un ser humano indistinto y uniforme, llamando a eso equidad e igualdad de género.

8. ECONOMÍA HERRAMIENTA PRINCIPAL

Considero que la economía es una herramienta principal pero no el actor central del desarrollo. Debemos encontrar respuestas que permitan a nuestras sociedades crecer e incorporarse positivamente a la economía mundial con mayores niveles de equidad, entendiendo que el fin del desarrollo es el bienestar del conjunto de la población.

Este crecimiento coloca, entonces, en el centro de la atención la cali-

dad de las familias de un país que son las que conforman una población.

La existencia de una sociedad más equitativa, con mayor igualdad de oportunidades y mayor capacidad de integración, con una ciudadanía eficaz en lo económico y en lo social, resulta necesaria desde una perspectiva ética como política.

Si la globalización sigue signada pura y exclusivamente por los aspectos económicos y la difusión de los mercados, seguirá ejerciendo presiones sobre el verdadero desarrollo de las familias impidiendo que sean fecundas.

9. DESCENSO DE LA FECUNDIDAD PLANETARIA

A partir de la década del 70 del siglo XX, comienza a bajar la tasa de crecimiento de la población mundial. La tasa de fecundidad ha bajado y continua su descenso en todos los países del mundo.

Muchos de esos países tienen una tasa por debajo del nivel de reemplazo generacional.

A pesar de todo esto, en la Conferencia de El Cairo de septiembre de 1994, tuve la oportunidad de discutir con muchos delegados y políticos que sabían muy poco de demografía y se dejaban influenciar por una ideología inspirada, más bien, por la necesidad a priori de intensificar las políticas de control de la población.

También tuvieron cierto éxito, argumentos muy lastimosos como, por ejemplo, que es más barato prevenir la

natalidad que educar a los niños que nacen sin esa prevención.

La tasa de crecimiento anual de la población mundial ya está por debajo del 1,4%. La caída planetaria de la fecundidad es mucho más rápida de lo que se pensaba. Es un fenómeno nuevo que más de 50 países que representan un 44% de la población mundial, tengan una tasa de fecundidad inferior al 2,1%.

A finales de 1997, ya en 13 países se observaban más fallecimientos que nacimientos.

Estamos observando la caída de la fecundidad más fuerte de la historia. Cada año nuevos países anuncian una fecundidad inferior al nivel de reemplazo. Muchos indicadores anuncian que seguirá bajando la tasa de crecimiento y que la población mundial se estabilizará en 8 a 9 mil millones.

Hace pocos años se hablaba todavía de un crecimiento desenfrenado, hasta alcanzar los 12 o 15 mil millones. Un error frecuente consiste en limitar el análisis demográfico a periodos cortos que no permiten observar los lineamientos básicos y sus tendencias. Cabe destacar que cuando la población mundial pasó de 3 mil millones a 6 mil millones, el número absoluto de pobres quedó más o menos constante y de esta forma la proporción bajó a la mitad.

10. SE NACE MENOS Y SE MUERE MENOS = ENVEJECIMIENTO

El empuje demográfico de los paí-

ses menos desarrollados en las últimas décadas encuentra su explicación, sobre todo, por la rápida baja de la mortalidad, particularmente, entre niños y jóvenes.

Por ejemplo, en Alemania la descendencia final bajó de 5 hijos por mujer en 1890 a 2,2 en 1930. La misma caída se observó en toda Europa Occidental sin que hayan intervenido políticas antinatalistas o una expansión de los métodos anticonceptivos.

El aumento de la población mundial durante este siglo -XXI en 2 mil o 3 mil millones- se deberá, no tanto a una natalidad alta sino, en su mayor parte, al aumento de la esperanza de vida de los nacidos.

En una población donde su fecundidad disminuye y entra en sub-fecundidad, generalmente se ignora su peor consecuencia, desde el punto de vista económico: "el envejecimiento", ya que se tarda en llegar 30 o más años a esa situación. El déficit de nacimientos a lo largo de los años modifica la pirámide demográfica hasta invertirla. Entre el año 2000 y el 2030 se duplicará el número de jubilados por persona activa. Esto llevará a problemas casi insolubles.

El envejecimiento frenará la dinámica democrática, la innovación y la productividad. El sistema de redistribución entre la generación activa y la precedente permite una ganancia media para las personas implicadas cuando la fecundidad es superior a 2,1 hijos promedio por mujer. En cambio, cuando una

población es sub-fecunda siempre sale perdiendo (Se entiende que hablamos de promedios)

Estos fundamentos simples se esconden detrás de nuestros sistemas sociales y reservan malas sorpresas a los pueblos que envejecen.⁴

11. UN SISTEMA SOSTENIBLE PARA IBEROAMÉRICA

Pareciera acertado que los sistemas deficitarios de la Seguridad Social frenan el descenso de la fecundidad en las naciones en desarrollo. Muchas familias se aseguran la vejez sólo gracias a una prole suficiente.

No obstante no son pocos los que sufren condiciones particularmente misérrimas cuando les toca la vejez, por motivos muy diversos.

Los adultos activos siempre han financiado las necesidades, ya sea de sus hijos, ya sea de sus padres ancianos. El reflejo de esta situación o variable es lo que se denomina Índice de Dependencia en demografía, que es la razón de niños menores de 15 años y adultos mayores de 65 años en una población de 15 a 65 años. Este indicador mide la capacidad de la PEA (Población Económicamente Activa) para sostener a los grupos que no trabajan.

La disminución de la tasa de fecundidad afecta negativamente esa razón.⁵ Un mundo que envejece es un hecho reconocido por todos. El rápido crecimiento de las personas ancianas representa un fenómeno social sin precedentes históricos. Se calcula que la población anciana en el mundo, considerando la categoría de 65 años y más, llegará a 1200 millones de personas en el año 2005.

En proporción, en la mayoría de los países, las poblaciones ancianas están creciendo más rápidamente que la población total.

En los países industrializados los problemas que son objeto de debates, comprenden:

- 1) la preocupación en lo referente a los gastos sanitarios,
- 2) la jubilación,
- 3) la previsión social,
- 4) el pago de las pensiones.

Lo que no se ha puesto suficientemente de relieve es que el envejecimiento de la población se está verificando también y rápidamente en los países menos desarrollados.⁶ La mayoría de los países en vía de desarrollo tienen una ma-

4 Geinoz, François. *Baby Crash – und dann?* Mitwissen Mittun. Heidelberg. Julio 1997.

5 Botta, Oscar. *La Demografía como herramienta para la Salud Pública*. Colegio Médico de Catamarca. Septiembre 1999.

6 Howson, Christopher. *Dolentium Hominum*. 1999.

yor rapidez de crecimiento de sus poblaciones ancianas. Esto incluye por supuesto a Hispanoamérica.

Este aumento sin precedentes está llevando a los encargados de la planificación social a efectuar investigaciones sobre esta población anciana porque necesitan tradicionalmente una cantidad desproporcionada de servicios destinados a la salud y a los cuidados a largo plazo. Por ejemplo, en EE.UU. se calcula que el 80% del gasto en salud se distribuye en los últimos quince años de la vida de las personas.

Retomando lo del sistema previsional sostenible, creo que se debe tener en cuenta los hijos de las familias, porque sino se favorece de una manera no equitativa a las personas sin hijos, que aprovechan igualmente las rentas sin haber "aportado" a la sociedad, futuros contribuyentes.

12 FAMILIA FECUNDA = POTENCIAL DEMOGRÁFICO DE LAS NACIONES

Por otro lado como ya se ha demostrado, la sostenibilidad financiera del sistema de redistribución depende directamente de una fecundidad suficiente o sea de "familias fecundas".

Sería más estable y más justo frente a diversas situaciones personales, un sistema de redistribución que integre la

fecundidad de las familias de una sociedad, considerada con la fecundidad personal de los contribuyentes y jubilados.

Es precisamente la sub-fecundidad y la ausencia de una política de apoyo a la familia el factor determinante del futuro problema de insostenibilidad financiera de los seguros sociales. Como dice el historiador Pierre Chaunu, "la esterilidad no es hereditaria".⁷

Incluso los comunistas más extremos, que reconociendo la familia como una pieza de resistencia a su política, trataban de destruirla sistemáticamente. No lo consiguieron y precisamente fue a través de los vínculos familiares que los rusos pudieron transmitir sus valores culturales y educativos de una generación a otra.

A pesar de todo esto en la Cumbre del Milenio celebrada hace pocos entre el 6 y el 8 de septiembre de 2000 y que se extenderá del 12 al 22 de septiembre en el Informe Oficial de la Asamblea de las Naciones Unidas denominado "Nosotros los Pueblos" (We the People) lamentablemente se insiste en la ecuación "Natalidad"/"Pobreza". De familia ni hablar.

Quiero resaltar que muchas propuestas del informe son aceptables pero siempre aparece el control de la natalidad detrás de las soluciones para los problemas de la pobreza en general, la con-

⁷ Europe: L'hiver démographique, L'âge d'homme. Lausanne.1989.

taminación ambiental, etc, y se habla poco o nada de la familia.

En el mismo sentido en la "globalización de los derechos humanos" se incluyen los supuestos derechos que el Secretario General considera consensuados internacionalmente, "creados" por las "grandes conferencias de los 90".

Sobre este tema, las propuestas de K. Annan no se pueden aceptar sin distinguir entre los verdaderos derechos humanos y los verdaderos delitos de lesa humanidad.

Por un lado se comprometen a "respetar los principios de dignidad de la persona humana y de igualdad" y por otro lado proponen derechos humanos internacionalmente demandables como los atentados contra la vida humana -delito legalizado- cosa que en una Cumbre del Mundo en el Nuevo Milenio cuyos objetivos deben asentarse en el bien común no puede ser aceptada.

Recordando las palabras de Yves Lajoie, Presidente de FAMILIS cuando dijo en el Congreso Mundial de Educación Internacional de julio de 1999 que la nutrición de la persona humana debe comenzar desde la concepción,

quiero sumarle que en el nuevo concepto de Salud Social, se incorpora la esperanza de vida también desde la concepción, puesto que donde hay vida humana hay persona humana.

En muchas sociedades desarrolladas, el ámbito de mayor inseguridad no está en la calle sino en el vientre materno.

Tanto los países industrializados como los países en vías de desarrollo constataron que la ONU no cuenta con instrumentos adecuados para cumplir con sus deberes. Bill Clinton denunció la insuficiencia de medios, pero fue incapaz de comprometerse a saldar la lacerante deuda que tiene el país más poderoso del planeta con las Naciones Unidas (1.700 millones de dólares).

En la actualidad necesitamos avanzar con pasos firmes hacia la defensa de la familia, en cada pueblo, en cada generación y en todo momento **la defensa de la familia debe perpetuarse.**

Es por eso que todos los sistemas políticos que se olvidan de la familia terminan tarde o temprano en fracaso.

Un sistema político digno del hombre no puede tener ideologías opuestas a la dignidad familiar.

EVANGELIUM VITAE: CINCO AÑOS DE CONFRONTACIÓN CON LA SOCIEDAD

VI ASAMBLEA GENERAL DE LA
ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

Comunicado Final

Vaticano, 11-14 de febrero de 2000

1. De acuerdo con la encíclica *Evangelium Vitae*, reafirmamos nuestra convicción de que "el hombre está llamado a una plenitud de vida que va más allá de las dimensiones de su existencia terrena, ya que consiste en la participación de la vida misma de Dios (...). *El evangelio del amor de Dios al hombre, el evangelio de la dignidad de la persona y el evangelio de la vida son un único e indivisible Evangelio*" (n. 2). Este evangelio debe ser anunciado a todos los hombres y a todas las mujeres, para que puedan amar la vida de todo ser humano y fortalecer su conciencia sobre la necesidad de la defensa de la vida, también durante la experiencia terrena, desde la fecundación hasta la muerte natural.

2. Analizando el debate internacional de estos últimos cinco años, reconocemos la gran actualidad de la encíclica, en la que la Iglesia presenta su posición de condena con respecto a una serie de atentados contra la vida humana, como son la anticoncepción, la esterilización, el aborto, la procreación artificial, la producción de embriones humanos sujetos a manipulación o a destrucción y la eutanasia. Hoy, cada vez más, exigen una vigilancia social y jurídica, puesto que se tiende a darles el carácter de derechos positivos.

3. La característica peculiar de nuestro tiempo no consiste sólo en el asesinato del hombre inocente, pues se ha perpetrado desde la antigüedad, sino, lo que es aún más grave, en la legalización, en determinadas circunstancias, de ese delito como si fuera "un derecho". No sorprende, por tanto, que precisamente con respecto a la ley surjan las controversias más graves y dramáticas (cf. *ib.*, 72) La historia reciente permite comprobar, como ha afirmado el Santo Padre, que "existen hechos que demuestran cada vez con mayor claridad cómo las políticas y las legislaciones contrarias a la vida están llevando a las sociedades hacia la decadencia moral, demográfica y económica. Por tanto, el mensaje de la encíclica no sólo puede presentarse como verdadera y auténtica indicación para la renovación moral, sino también como *punto de referencia para la salvación civil*" (Discurso de Juan Pablo II a los participantes en el encuentro de estudio y reflexión con motivo del V aniversario de la encíclica *Evangelium Vitae*, n. 3: *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 25 de febrero de 2000, p. 7)

Nosotros, los académicos, nos encontramos en plena sintonía con lo que afirmó el Santo Padre: "Así pues, no tiene razón de ser esa mentalidad abandonista que lleva a considerar que las leyes contrarias al derecho a la vida -las leyes que legalizan el aborto, la eutanasia, la esterilización y la planificación de los nacimientos con métodos contrarios a la vi-

da y a la dignidad del matrimonio- son inevitables y ya casi una necesidad social. Por el contrario, constituyen un germen de corrupción de la sociedad y de sus fundamentos. La conciencia civil y moral no puede aceptar esta falsa inevitabilidad, del mismo modo que no acepta la idea de la inevitabilidad de las guerras o de los exterminios interétnicos" (*ib.*)

4. Por otro lado, constatamos que si, por una parte, existen países, incluso con grandes recursos económicos, donde se han legalizado formas de supresión de la vida humana, también existen otros muchos países en los que esas leyes han sido rechazadas por la conciencia popular; y hay, asimismo, otros donde se siente una creciente oposición hacia tales leyes. Es tarea primaria de los intelectuales, cristianos y no cristianos, particularmente de los juristas y los políticos, conocer la vicisitud del derecho a la vida, más precisamente en el ámbito jurídico-legal, descubrir las tendencias culturales profundas, prever las evoluciones posibles y hacer que las leyes reflejen la justicia con respecto a la vida humana.

5. Recordamos el deber y el derecho de la Iglesia a anunciar y proponer públicamente los principios de la vida moral y social que se inspiran en el Evangelio y en la tradición bimilenaria del cristianismo. Mientras que ese deber brota del mandato que Cristo mismo dio a su Iglesia, el correspondiente derecho representa

la expresión de una libertad religiosa y política otorgada a los fieles por una justa sociedad democrática y encuentra un reconocimiento codificado en casi todos los concordatos firmados entre los Estados y la Iglesia; ese derecho no puede entenderse sólo genéricamente, sino que se extiende hasta abarcar la materia de los derechos humanos y sociales, el primero de los cuales es el de la tutela y promoción de la vida humana.

Por eso, como nos recuerda el Papa, "es preciso usar todos los medios posibles para eliminar el delito legalizado o, al menos, para limitar el daño de esas leyes, manteniendo viva la conciencia del deber radical de respetar el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural de todo ser humano, aunque sea el último y el menos dotado (...). La modificación de las leyes tiene que ir precedida y acompañada por la *modificación de la mentalidad y las costumbres a gran escala*, de modo capilar y visible. En este ámbito, la Iglesia ha de hacer todo lo posible, sin aceptar negligencias o silencios culpables" (*ib.*, nn. 4 y 6)

6. Así pues, como afirma con razón el Sumo Pontífice, "a todos los miembros de la Iglesia, pueblo de la vida y para la vida, dirijo mi más apremiante invitación para que, juntos, ofrezcamos a este mundo nuestros nuevos signos de esperanza, trabajando para que aumenten la justicia y la solidaridad y se afiance una nueva cultura

de la vida humana, para la edificación de una auténtica civilización de la verdad y del amor" (*Evangelium vitae*, 6). *Vida, verdad, amor*: palabras que entrañan sugerencias estimulantes para el compromiso humano en el mundo. Están enraizadas en el mensaje de Jesucristo, que es camino, verdad y vida, pero también están grabadas en el corazón y en las aspiraciones de todos los hombres y mujeres" (Discurso citado, n. 2)

Encontramos signos de esta esperanza segura en algunos continentes donde la familia, aun en medio de dificultades, sigue viviendo su ideal y educando a los jóvenes (los líderes políticos del futuro) en los valores imprescindibles de la vida. Otros signos de esperanza se hallan en aquellas constituciones, legislaciones y convenciones nacionales e internacionales que buscan promover y defender la vida humana en toda su existencia y en su propio ambiente, con la conciencia, aunque sólo sea implícita, de que "no es posible construir el bien común sin reconocer y tutelar el derecho a la vida (...). Sólo el respeto a la vida puede fundamentar y garantizar los bienes más preciosos y necesarios de la sociedad, como la democracia y la paz" (*Evangelium vitae*, 101)

Asimismo, encontramos otros signos de esperanza en el diálogo entablado entre católicos y no católicos sobre la defensa del derecho a la vida y la dignidad de toda persona. Estos signos de esperanza, que el Espíritu Santo sigue suscitando en los hombres de buena voluntad, dan cer-

teza, serenidad y fuerza también a las denuncias que renovamos contra la *Cultura de la Muerte*.

7. Asumimos la urgencia y la dificultad de este compromiso, conscientes de que el cristiano está llamado a actuar en el mundo concreto de hoy: un mundo incierto y cambiante, tentado de sacrificar la trascendencia por la inmanencia y los valores supremos por el bienestar, e inclinado a refugiarse en el convencionalismo pragmático y utilitarista, en vez de atenerse a la verdad y a la razón. Pero nuestra esperanza, además de fundarse en la ayuda del Señor de la vida, también radica en la convicción de que el valor sagrado de la vida humana puede ser reconocido igualmente en la ley natural, escrita en el corazón del hombre, cuyo olvido está en el origen de la "trágica ofuscación de la conciencia colectiva" (*ib.*, 70)

8. De acuerdo con la enseñanza evangélica (cf. *Mt* 13, 24-30), la coexistencia del grano bueno con la cizaña es una experiencia históricamente ineliminable durante la existencia temporal del hombre. Pero este hecho, lejos de inducir a la tentación de una resignación negativa y estéril o de un fácil conformismo a la mentalidad dominante, fortalece

nuestra responsabilidad de cristianos en la Iglesia y en la sociedad, y nos lleva a buscar las ocasiones de reflexión y diálogo con todos los que reconocen que el auténtico progreso de la sociedad se funda en la salvaguardia incondicional del bien fundamental de la vida humana. En particular, como dice el Santo Padre, "existe otro campo muy amplio del compromiso en favor de la defensa de la vida en el que la comunidad de los creyentes puede mostrar su iniciativa: es el ámbito pastoral y educativo, sobre el que trata la cuarta parte de la encíclica, dando orientaciones concretas para la *edificación de una nueva Cultura de la Vida*" (Discurso citado, n. 5)

En el alba del nuevo milenio, como creyentes y como miembros de la *Academia Pontificia para la Vida*, sentimos el deber que incumbe a la Iglesia de anunciar a los hombres y a las mujeres, con valiente fidelidad, la verdad plena del evangelio de la vida, que está en el centro del mensaje de Jesús (cf. *Evangelium vitae*, 1). Nos unimos con gratitud a la persona de Su Santidad Juan Pablo II, a cuya enseñanza confirmamos nuestra plena y filial adhesión, y, encomendándonos a la protección de María, Virgen y Madre del Verbo encarnado, renovamos nuestro compromiso total al servicio de la vida de todo ser humano.

DISCURSO DE JUAN PABLO II A LOS PARTICIPANTES EN LA VII ASAMBLEA GENERAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

VATICANO,
3 DE MARZO DE 2001

1. Me alegra siempre encontrarme con vosotros, ilustres miembros de la Academia Pontificia para la Vida. Hoy el motivo que me brinda la ocasión es vuestra Asamblea General anual, por la que habéis acudido a Roma procedentes de diversos países. Os dirijo mi más cordial saludo a cada uno de vosotros, beneméritos amigos, que formáis la familia de esta Academia, tan querida para mí. En particular, dirijo un saludo deferente a vuestro presidente, el profesor Juan de Dios Vial Correa, a quien agradezco las amables palabras con las que ha interpretado vuestros sentimientos. Extiendo mi saludo al vicepresidente, Monseñor Elio Sgreccia, a los miembros del consejo de dirección, a los colaboradores y a los bienhechores.

2. Habéis elegido como tema para la reflexión de vuestra Asamblea un asunto de gran interés: *La cultura de la vida: fundamentos y dimensiones*. Ya en su misma formulación, el tema manifiesta el propósito de prestar atención al aspecto positivo y constructivo de la defensa de la vida humana. Durante estos días os habéis preguntado de qué fundamentos es preciso partir para promover o reactivar una cultura de la vida y con qué contenidos hay que proponerla a una sociedad caracterizada -como recordé en la encíclica *Evangelium Vitae*- por una cultura de la muerte cada vez más difundida y alarmante (cf. nn. 7 y 17)

El mejor modo para superar y ven-

cer la peligrosa cultura de la muerte consiste, precisamente, en dar sólidos fundamentos y luminosos contenidos a una Cultura de la Vida que se contraponga a ella con vigor. No basta, aunque sea necesario y debido, limitarse a exponer y denunciar los efectos letales de la cultura de la muerte. Es preciso, más bien, regenerar continuamente el entramado interior de la cultura contemporánea, entendida como mentalidad vivida, como convicciones y comportamientos y como estructuras sociales que la sostienen.

Esta reflexión resulta mucho más valiosa si se tiene en cuenta que sobre la cultura no sólo influye la conducta individual, sino también las opciones legislativas y políticas, las cuales, a su vez, producen movimientos culturales que, por desgracia, a menudo obstaculizan la auténtica renovación de la sociedad.

Por otra parte, la cultura orienta las estrategias de la investigación científica que, hoy más que nunca, es capaz de ofrecer medios potentes, desafortunadamente no siempre empleados para el verdadero bien del hombre. Más aún, a veces se tiene la impresión de que la investigación, en muchos campos, va contra el hombre.

3. Por tanto, oportunamente habéis querido precisar los fundamentos y las dimensiones de la Cultura de la Vida. Desde esta perspectiva, habéis puesto de relieve los grandes temas de la creación, mostrando que la vida humana debe

percibirse como don de Dios. El hombre, creado a imagen y semejanza de Dios, está llamado a ser su colaborador libre y, al mismo tiempo, responsable de la "gestión" de la creación.

Asimismo, habéis querido reafirmar el valor inalienable de la dignidad de la persona, que distingue a todo hombre, desde la concepción hasta la muerte natural; habéis examinado el tema de la corporeidad y su significado personalista; y habéis prestado atención a la familia como comunidad de amor y de vida. Habéis considerado la importancia de los medios de comunicación para una mayor difusión de la Cultura de la Vida y la necesidad de comprometerse en el testimonio personal en su favor. Habéis recordado, además, que en este ámbito es preciso recorrer todos los caminos que favorezcan el diálogo, con la convicción de que la verdad plena sobre el hombre apoya la vida. En este cometido, al creyente lo sostiene el entusiasmo arraigado en la fe. La vida vencerá: esta es para nosotros una esperanza segura. Sí, la vida vencerá, puesto que la verdad, el bien, la alegría y el verdadero progreso están de parte de la vida. Y de parte de la vida está también Dios, que ama la vida y la da con generosidad.

4. Como sucede siempre en la relación entre reflexión filosófica y meditación teológica, también en este caso constituyen una ayuda imprescindible la palabra y el ejemplo de Jesús, que dio su

vida para vencer nuestra muerte y asociar al hombre a su resurrección. Cristo es la "resurrección y la vida" (Jn 11, 25)

Razonando desde esa perspectiva, escribí en la encíclica *Evangelium Vitae*: "El evangelio de la vida no es una mera reflexión, aunque original y profunda, sobre la vida humana; ni sólo un mandamiento destinado a sensibilizar la conciencia y a causar cambios significativos en la sociedad; menos aún, una promesa ilusoria de un futuro mejor. El evangelio de la vida es una realidad concreta y personal, porque consiste en el anuncio de la persona misma de Jesús, el cual se presenta al apóstol Tomás, y en él a todo hombre, con estas palabras: "Yo soy el camino, la verdad y la vida" (Jn 14, 6)" (n. 29)

Se trata de una verdad fundamental que la comunidad de creyentes, hoy más que nunca, está llamada a defender y propagar. El mensaje cristiano sobre la vida está "escrito, de algún modo, en el corazón mismo de cada hombre y mujer, resuena en cada conciencia desde el principio, o sea, desde la misma creación, de modo que, a pesar de los condicionamientos negativos del pecado, también puede ser conocido por la razón humana en sus aspectos esenciales" (ib.)

El concepto de creación no es sólo un anuncio espléndido de la Revelación, sino también una especie de presentimiento profundo del espíritu humano. De igual modo, la dignidad de la persona no es sólo una noción deducible de la afirmación bíblica según la cual el hombre es

creado "a imagen y semejanza" del Creador; es un concepto basado en su ser espiritual, gracias al cual se manifiesta como ser trascendente con respecto al mundo que lo rodea. La reivindicación de la dignidad del cuerpo como "sujeto", y no simplemente como "objeto" material, constituye la consecuencia lógica de la concepción bíblica de la persona. Se trata de una concepción unitaria del ser humano, que han enseñado muchas corrientes de pensamiento, desde la filosofía medieval hasta nuestro tiempo.

5. El compromiso en favor del diálogo entre la fe y la razón no puede por menos de fortalecer la Cultura de la Vida, conjugando dignidad y sacralidad, libertad y responsabilidad de toda persona, como componentes imprescindibles de su misma existencia. Junto con la defensa de la vida personal, se garantizará también la tutela del ambiente, ambos creados y ordenados por Dios, como lo demuestra la misma estructura natural del universo visible.

Las grandes cuestiones relativas al derecho a la vida de todo ser humano desde la concepción hasta la muerte, el empeño en la promoción de la familia según el designio originario de Dios y la necesidad urgente, que ya sienten todos, de tutelar el ambiente en el que vivimos, representan para la Ética y el Derecho un terreno de interés común. Sobre todo, en este campo, que concierne a los derechos fundamentales de la convivencia huma-

na, vale cuanto escribí en la encíclica *Fides et Ratio*: "La Iglesia está profundamente convencida de que fe y razón se ayudan mutuamente, ejerciendo recíprocamente una función tanto de examen crítico y purificador, como de estímulo para progresar en la búsqueda y en la profundización" (n. 100)

El radicalismo de los desafíos que plantean hoy a la humanidad, por una parte, el progreso de la ciencia y de la tecnología y, por otra, los procesos de laicización de la sociedad, exige un esfuerzo intenso de profundización de la reflexión sobre el hombre y sobre su ser en el mundo y en la historia. Es necesario dar prueba de una gran capacidad de diálogo, de escucha y de propuesta, con vistas a la formación de las conciencias. Sólo así se podrá fomentar una cultura fundada en la esperanza y abierta al progreso integral de cada persona en los diversos países, de modo justo y solidario. Sin una cultura que mantenga firme el derecho a la vida y promueva los valores

fundamentales de cada persona, no puede existir una sociedad sana ni la garantía de paz y justicia.

6. Ruego a Dios que ilumine las conciencias y guíe a cuantos están comprometidos, en diferentes niveles, en la construcción de la sociedad del futuro. Ojalá que busquen siempre, como objetivo primario, la tutela y la defensa de la vida.

A vosotros, ilustres miembros de la Academia Pontificia para la Vida, que gastáis vuestras energías al servicio de un ideal tan noble y exigente, os expreso mi más profunda estima y gratitud. El Señor os sostenga en el trabajo que estáis realizando y os ayude a cumplir la misión que se os ha confiado. La Virgen santísima os conforte con su protección materna.

La Iglesia os agradece el alto servicio que prestáis a la vida. Yo, por mi parte, deseo acompañaros con mi constante aliento, confirmado con una bendición especial.

"PARA QUE TENGAN VIDA Y LA TENGAN EN ABUNDANCIA"

(Jn 10,10)

MENSAJE DE JUAN PABLO II
PARA LA IX JORNADA MUNDIAL
DEL ENFERMO

El 6 de agosto de 2001, en Castel-Gandolfo, el Santo Padre, Juan Pablo II, firmó el Mensaje para la Jornada Mundial del Enfermo, que se celebrará el 11 de febrero de 2002. En la Argentina, la Jornada Nacional del Enfermo se celebra el segundo domingo de noviembre.

1. Desde hace algunos años, el 11 de febrero, día en que la Iglesia conmemora la aparición de Nuestra Señora de Lourdes, quedó oportunamente asociado a un importante acontecimiento: la celebración de la *Jornada Mundial del Enfermo*.

En el año 2002, tendrá lugar la décima celebración, que se realizará en el conocido centro de peregrinaciones marianas de la India meridional, el Santuario de la "Virgen de la Salud" en Vailankanny, conocido como "la Lourdes de Oriente" (*Angelus*, del 31 de julio de 1988) Seguras de la indefectible ayuda de la Madre de Dios para con sus necesidades, millones de personas, con devoción y confianza profundas, acuden a ese santuario situado en las costas del Golfo de Bengala en un ambiente tranquilo, rodeado de palmeras.

Vailankanny no sólo atrae a peregrinos cristianos, sino también muchos seguidores de otras religiones, especialmente hindúes, que ven en la Virgen de la Salud a la Madre solícita y compasiva de la humanidad sufriente.

En la India, tierra de religiosidad tan

profunda y antigua, ese santuario dedicado a la Madre de Dios es realmente un punto de encuentro para miembros de diversas religiones y un ejemplo excepcional de armonía y diálogo interreligioso.

La Jornada Mundial del Enfermo comenzará con un momento de intensa oración por todos los que sufren y están enfermos. De ese modo, expresaremos a los que sufren nuestra solidaridad, que nace de la conciencia de la naturaleza misteriosa del dolor y de su papel en el proyecto de amor de Dios para cada persona.

La Jornada continuará con una reflexión y un estudio serios sobre la respuesta cristiana al mundo del sufrimiento humano, que parece aumentar día tras día, entre otras causas por calamidades causadas por el hombre y por opciones malsanas realizadas por personas y sociedades.

Al examinar el papel y las funciones de las instituciones sanitarias, de los hospitales cristianos y de su personal, esta reflexión destacará y reafirmará los auténticos valores cristianos que deberían inspirarlos.

Seguir las huellas de Jesús, el Médico divino, que vino "para que tengan vida y la tengan en abundancia" (*Jn 10,10*) –tema de la reflexión de la Jornada– implica una clara actitud en favor de la Cultura de la Vida y un compromiso total en defensa de la vida desde su concepción hasta la muerte natural.

2. La búsqueda de nuevos y eficaces medios para aliviar el sufrimiento es justa, pero el sufrimiento sigue siendo un hecho fundamental de la vida humana. En cierto sentido, es tan profundo como el hombre mismo y afecta a su misma existencia» (cf. *Salvifici doloris*,3). La investigación y los cuidados médicos no explican del todo ni eliminan completamente el sufrimiento. En su profundidad y en sus múltiples formas, es preciso considerarlo desde una perspectiva que trascienda su dimensión meramente física.

Las diversas religiones de la humanidad siempre han buscado responder a la cuestión del sentido del dolor y reconocen la necesidad de mostrar compasión y bondad a los que sufren. Por eso, las convicciones religiosas han dado origen a prácticas médicas encaminadas a tratar y curar las enfermedades, y la historia de las diversas religiones registra formas organizadas de asistencia sanitaria a los enfermos, practicadas ya desde tiempos muy antiguos.

Si bien la Iglesia considera que en las interpretaciones no cristianas del sufrimiento están presentes muchos elementos válidos y nobles, su comprensión de este gran misterio humano es única. Para descubrir el sentido fundamental y definitivo del sufrimiento "tenemos que volver nuestra mirada a la revelación del amor divino, fuente última del sentido de todo lo existente" (*ib*,13). La respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento "ha sido da-

da por Dios al hombre en la Cruz de Jesucristo" (*ib.*).

El sufrimiento, consecuencia del pecado original, asume un nuevo sentido: se convierte en participación en la obra salvífica de Jesucristo (cf. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n.1521). Con su sufrimiento en la Cruz, Cristo venció el mal y nos permite también a nosotros vencerlo. Nuestros sufrimientos cobran sentido y valor cuando están unidos al suyo. En cuanto Dios y hombre, Cristo tomó sobre sí los sufrimientos de la humanidad y en Él el mismo sufrimiento humano asume un sentido de redención.

En esta unión entre lo humano y lo divino, el sufrimiento produce el bien y vence al mal. Al expresar mi profunda solidaridad con todos los que sufren, elevo fervientes oraciones para que la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo sea para ellos un momento providencial que les abra un nuevo horizonte de sentido en su vida.

La fe nos enseña a buscar el sentido último del sufrimiento en la pasión, muerte y resurrección de Cristo. La respuesta cristiana al dolor y el sufrimiento nunca se ha caracterizado por la pasividad. La Iglesia, impulsada por la caridad cristiana, que encuentra su expresión más alta en la vida y en las obras de Jesús, que "pasó haciendo el bien" (*Hch* 10,38), sale al encuentro de los enfermos y los que sufren, dándoles consuelo y esperanza. No se trata de un mero ejercicio de benevolencia, sino que está motivada por la compasión y la soli-

citud que llevan a un atento y asiduo servicio. Esto implica, en definitiva, la entrega generosa de sí a los demás, especialmente a los que sufren (cf. *Salvifici doloris*,29)

La parábola evangélica del Buen Samaritano explica muy bien los sentimientos más nobles y la reacción de una persona ante un hombre que sufre y necesita ayuda. Buen Samaritano es aquel que se detiene para atender a las necesidades de los que sufren.

3. En este momento, pienso en los innumerables hombres y mujeres que, en todo el mundo, trabajan en el campo de la salud, como directores de centros sanitarios, capellanes, médicos, enfermeras, investigadores, farmacéuticos, personal paramédico y voluntarios. Como recordé en mi exhortación apostólica postsinodal *Ecclesia in Asia*, en numerosas ocasiones, durante mis visitas a la Iglesia en diversas partes del mundo, he quedado hondamente conmovido por el extraordinario testimonio cristiano de muchos grupos de profesionales de la salud, especialmente de los que se dedican a cuidar de los discapacitados y los enfermos terminales, así como de los que luchan para evitar la difusión de nuevas enfermedades como el sida (cf.n.36)

Con la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo, la Iglesia expresa su gratitud y su aprecio por el servicio desinteresado de muchos sacerdotes, religiosos y laicos comprometidos en el campo de la salud,

que atienden generosamente a los enfermos, a los que sufren y a los moribundos, sacando fuerza e inspiración de la fe en el Señor Jesús y de la imagen evangélica del Buen Samaritano.

El mandato del Señor durante la Última Cena: "Hagan esto en memoria mía", además de referirse a la fracción del pan, alude también al cuerpo ofrecido y a la sangre derramada por Cristo por nosotros (cf. Lc 22,19-20), en otras palabras, al don de sí a los demás. Una expresión particularmente significativa de este don de sí es el servicio a los enfermos y a los que sufren. Por tanto, quienes se dedican a ese servicio, encontrarán siempre en la Eucaristía una fuente inagotable de fuerza y un estímulo a una generosidad siempre renovada.

4. Al acercarse a los enfermos y a los que sufren, la Iglesia se guía por una visión precisa y completa de la persona humana "creada a imagen de Dios y dotada de la dignidad y los derechos humanos inalienables que Dios le dio" (*Ecclesia in Asia*, 33). En consecuencia, la Iglesia insiste en el principio según el cual no todo lo que es técnicamente factible es lícito moralmente. Los recientes y enormes progresos y avances

de la ciencia médica nos dan a todos una gran responsabilidad con respecto al don divino de la vida, que sigue siendo un don en todas sus fases y condiciones.

Debemos vigilar para impedir cualquier posible violación y supresión de la vida. "Somos los custodios de la vida, no sus propietarios... Desde su concepción, la vida humana implica la acción creadora de Dios y mantiene siempre un vínculo especial con el Creador, fuente de la vida y su único fin" (ib.,35)

Firmemente arraigadas en la caridad, las instituciones sanitarias cristianas prosiguen la misión de Jesús de cuidar a los débiles y a los enfermos. En los lugares donde se afirma y se asegura la Cultura de la Vida, siguen respondiendo a las expectativas que tienen depositadas en ellos todos los miembros dolientes de la humanidad.

Ruego fervientemente a María, Salud de los Enfermos, que siga otorgando su protección amorosa a los que están heridos en el cuerpo y en el espíritu e interceda por los que cuidan de ellos. Que Ella nos ayude a unir nuestros sufrimientos a los de su Hijo mientras nos encaminamos con gozosa esperanza hacia la seguridad de la Casa del Padre.

LEY DE SALUD REPRODUCTIVA DIÁLOGO CON DIPUTADOS Y SENADORES

Este documento presenta los puntos centrales de las disertaciones que tuvieron lugar en el marco de la Jornada de Reflexión y Propuestas Ley de Salud Reproductiva: diálogo con diputados y senadores, llevada a cabo el 5 de julio del corriente en la sede de nuestra Pontificia Universidad Católica Argentina.

P. LIC. ALBERTO G. BOCHATEY, O.S.A.

Director del Instituto de Bioética de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Nuestra Argentina vive horas muy especiales. Por eso, todos sus habitantes estamos llamados a reflexionar sobre los grandes temas de la Nación y, sobre todo, los temas que tocan la cultura e identidad de nuestro pueblo, su vida y el mismo valor de la vida.

En esta hora, los intelectuales y la vida universitaria pueden hacer mucho en la construcción de una nueva **Cultura de la Vida**. "Una tarea particular corresponde a los intelectuales católicos, llamados a estar presentes activamente en los círculos privilegiados de la elaboración cultural, en el mundo de la escuela y de la universidad, en los ambientes

Nota: el texto completo del proyecto de Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable que consta con la aprobación de la Cámara de Diputados de la Nación Argentina (media sanción) puede hallarse en el número anterior de Vida y Ética (Año 2, N° 1, junio 2001)

de investigación científica y técnica, en los puntos de creación artística y de la reflexión humanística. Alimentando su ingenio y su acción en las claras fuentes del Evangelio, deben entregarse al servicio de una nueva cultura de la vida con aportaciones serias, documentadas, capaces de ganarse, por su valor, el respeto y el interés de todos. Una aportación específica deben dar también las Universidades, particularmente las católicas, y los Centros, Institutos y Comités de Bioética"¹.

Este es nuestro propósito; en este clima de excelencia, altura intelectual y moral queremos inscribir nuestra reflexión. Rechazamos y no adherimos a manifestaciones agresivas, exaltadas y fanáticas, que nada tienen que ver con el espíritu del Evangelio, el criterio de nuestra Iglesia en Argentina y la realidad de un tema tan acuciante como es la educación para el amor y la procreación o, dicho con los términos de la legislación, la salud sexual y la procreación responsable.

Creo oportuno presentar una síntesis de un "nuevo" (si podemos llamarlo así) tema surgido en la teología católica a partir, especialmente, de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. Me refiero al tema de la Cultura de la Vida y la Cultura de la Muerte.

El número 95 de *Evangelium Vitae* comienza con la cita de Efesios 5,8: "Vivid

como hijos de la luz". Si recorremos todo ese capítulo 5 de Efesios, encontraremos una serie de consejos para "seguir el camino del amor, a ejemplo de Cristo" (v. 2), como el que dice que "ya que son santos, no se hable de inmoralidad sexual, de codicia o de cualquier cosa fea... nada de todo eso les conviene sino, más bien, dar gracias a Dios" (vs. 3-4) Incluso, la misma Encíclica, al comenzar el número 95, cita expresamente: "(...) Examinad qué es lo que agrada al Señor y no participéis en las obras infructuosas de las tinieblas" (vs. 10-11)

Todo esto enmarca la afirmación que consagra o instala definitivamente, dentro del pensamiento católico, el tema de la Cultura de la Vida: "En el contexto social actual, marcado por una lucha dramática entre la <cultura de la vida> y la <cultura de la muerte>, debe *madurar un fuerte sentido crítico*, capaz de discernir los verdaderos valores y las auténticas exigencias".

Todos juntos debemos construir una nueva Cultura de la Vida: nueva para que sea capaz de afrontar y resolver los problemas propios de hoy sobre la vida del hombre; para que sea asumida con una convicción más firme y activa por todos los cristianos; para que pueda suscitar un encuentro cultural serio y valiente con todos"².

1 Juan Pablo II: *Evangelium Vitae* 98.

2 Juan Pablo II: *Evangelium Vitae* 95.

Es bastante evidente el paralelismo entre la contraposición bíblica del mundo de las tinieblas y el mundo de la luz, por un lado, y la Cultura de la Muerte y la Cultura de la Vida, por el otro. Pero no nos detendremos en ello. Lo que sí quisiéramos abordar es lo propiamente específico de la Cultura de la Vida, o sea, rescatar los valores esenciales de la vida cristiana, haciendo un llamado a no separar la fe cristiana de las exigencias morales y ciertos comportamientos³.

Justamente, porque la propuesta es la vida, se busca dar pasos fundamentales positivos y llenos de esperanza. El primer paso a dar es la formación de la conciencia moral, redescubriendo el nexo inseparable entre vida y libertad, entre libertad y verdad.⁴ **No hay libertad verdadera donde no se acoge y ama la vida, y no hay vida plena sino en la libertad.**⁵ En muchas estructuras culturales, la segunda parte de la afirmación -**no hay vida plena sin la libertad**- es bien entendida, se esgrime como principio *sine qua non* y pasa a tomar el lugar primordial, incluso, a veces, antecedente a la propia vida. La pregunta para la teología de nuestros días es saber por qué o cómo se olvidó o descuidó la primera parte de la afirmación: **no hay libertad verdadera donde no se acoge y ama la**

vida. Aquí, se nos presenta un interesante punto de debate.

Por otro lado, "separar la libertad de la verdad objetiva hace imposible fundamentar los derechos de la persona sobre una sólida base racional y pone la premisa para que se afirme, en la sociedad, el arbitrio ingobernable de los individuos y el totalitarismo del poder público causante de la muerte"⁶ Es difícil, en nuestros días, hablar de la verdad objetiva sin suscitar sensibilidades y muchas preguntas pero, no por difícil, debemos dejar de buscar la relación de cada uno con el Dios Creador y el lugar que Él ocupa en la cultura de nuestro tiempo y de nuestro pueblo.

San Agustín, en su inmensa actualidad, continúa afirmando que hay dos ciudades y que en una de ellas habita el Hombre que se relaciona con el Dios del Reino, en pleno goce de su libre albedrío, sin por ello perder o menoscabar su dignidad o, menos aún, limitar su vida. La Verdad que nos hace libres, el haber sido llamados amigos y no siervos y la libertad bajo la Gracia de Juan y de Pablo⁷, son las "luces" y los lugares de "vida" para poder elaborar y reelaborar los pasos que exige nuestro tiempo y nuestra gente, para poder gozar de la vida humana y de su sexualidad.

3 Ibid.

4 Cfr. op. cit. 96.

5 Ibid.

6 ibid. Ver especialmente la nota 126.

El Padre Vittorino Grossi, en un interesantísimo artículo⁸, nos muestra cómo Agustín desarrolla el concepto de ausencia de Dios como muerte del alma. "De hecho, el alma que no vive de Dios, no pudiendo tener la vida sin Él (civ. 21 3,1), está destinada a morir (civ. 13,2) Se encuentran signos de esto es la rebelión del cuerpo (civ. 13,13), que el alma no sólo no logra dominar (civ. 19,25), si no que cede a sus mismos estímulos (civ. 1,25; 19 4,4) A la vida del alma, que es Dios, Agustín la llama "gracia" y la coloca en relación directa con la misma vida del alma. No estamos aún frente a la relación antropológica de la gracia y el libre albedrío / libertad que encontraremos en las obras de los años 426/427 (*De gratia et libero arbitrio* y *De correptione et gratia*)"⁹, pero se vislumbran los principios que madurarán más tarde.

"Es esencial, pues, que el hombre reconozca la evidencia original de su condición de criatura, que recibe de Dios el ser y la vida como don y tarea. Sólo admitiendo esta dependencia innata en su ser, el hombre puede desarrollar plenamente su libertad y su vida y, al mismo tiempo, respetar en profundidad la vida y la libertad de las demás personas"¹⁰.

El tema de la libertad y la formación de la conciencia, nos abre a uno de los puntos de conflicto fuerte entre la teología -especialmente, de la teología moral del posconcilio- y nuestros días. A veces, surgen temores frente a la posibilidad de la mala formación de la conciencia por el relativismo reinante y el subjetivismo a ultranza. Pero, lejos de crear temores, la invitación de la teología del Magisterio es a vincular la conciencia con un proceso educativo antropológico cercano a la verdad, respetuoso de la vida y de las justas relaciones interpersonales. Al educar en el valor de la vida desde sus mismas raíces, se hace imprescindible ayudar -especialmente a los jóvenes- a comprender y vivir la sexualidad, el amor y toda la existencia según su verdadero significado y en su íntima correlación¹¹. La sexualidad no puede ser analizada desde sus vertientes específicas (genéticas, morfológicas, genitales, psicológicas, sociológicas, sensibles, etc.) sin una visión integradora y unificadora. La verdadera problemática sexual es la problemática de la unicidad del Hombre, de su proyecto de amor a Dios y amor al prójimo y del dominio o ejercicio de su libertad y de sus opciones, que sólo serán

7 Cfr. Jn 8 y 1 Cor 4

8 Grossi, Vittorino: *L'apporto del De civitate Dei all'antropologia agostiniana in Il De Civitate Dei. L'opera, le interpretazioni, l'influsso*. Ed. Herder, Roma (1996) 271-292.

9 Op. cit. 286

10 Juan Pablo II: op. cit.. 96

11 Cfr. Op. cit. 97

plenas y válidas en la medida que partan, se identifiquen y transformen en el Cristo de la Historia, de Ayer, de Hoy y de Siempre.

Finalmente, quisiera recordar que San Agustín pensó y se preocupó, a pesar de las críticas y de la cultura dominante de su tiempo, por la unidad de la persona; por su natural relación con Dios y la Salvación que trae el Cristo "médico del alma"; por su dignidad propia; por su corporeidad como constitutivo esencial; por su ser encarnado; por la valoración positiva del cuerpo y de sus acciones, incluso, las sexuales; por el don insuperable que tiene el Hombre de ser cooperador de Dios en su obra creadora por medio de la procreación; de la libertad que siempre puede ser ejercida bajo la Gracia; por la responsabilidad para con la verdad que esa misma libertad encierra; por la responsabilidad sobre la vida de los niños que nacen o pueden nacer a partir de las relaciones sexuales de las personas; de la importancia que cada vida tiene, ya que es heredera, no sólo de la culpa original sino, sobre todo, de la Salvación eterna; de lo malvado del aborto; de la apertura a todo aquello que pueda ayudarnos a conocer al Hombre desde el primer instante de su vida, para poder respetarlo y alabar a Dios por medio de él, cuidando su salvación.

Termino con palabras del Santo Padre, dirigidas a los hombres de buena voluntad en el inicio del nuevo milenio, advirtiéndonos y alentándonos con res-

pecto a los grandes desafíos que tenemos por delante:

"A partir de la comunión intraeclesial, la caridad se abre, por su naturaleza, al servicio universal, proyectándonos *hacia la práctica de un amor activo y concreto con cada ser humano* (...)

"Nuestro mundo comienza el nuevo milenio cargado de las contradicciones de un crecimiento económico, cultural, tecnológico (...). Es la hora de una nueva 'imaginación de la caridad', que promueva (...) la capacidad de hacerse cercanos y solidarios con el que sufre (...)

"(Debemos) prestar especial atención a algunos aspectos de la radicalidad evangélica que, a menudo, son menos comprendidos, hasta el punto de hacer impopular la intervención de la Iglesia, pero que no pueden desaparecer de la agenda eclesial de la caridad. Me refiero al deber de comprometerse en la defensa del *respeto a la vida de cada ser humano desde la concepción hasta su ocaso natural*. Del mismo modo, el servicio al hombre nos obliga a proclamar, oportuna e inoportunamente, que cuantos se valen de las nuevas potencialidades de la ciencia, especialmente en el terreno de las biotecnologías, nunca han de ignorar las exigencias básicas de la ética, apelando, tal vez, a una discutible solidaridad que acaba por discriminar entre vida y vida, con el desprecio de la dignidad propia de cada ser humano.

"(...) es importante hacer un gran esfuerzo para explicar adecuadamente

(...) que no se trata de imponer a los no creyentes una perspectiva de fe, sino de interpretar y defender los valores radicados en la naturaleza misma del ser humano. La caridad se convertirá entonces necesariamente en servicio a la cultura, a la política, a la economía, a la familia, para que en todas partes se respeten los principios fundamentales, de los que depende el destino del ser humano y el futuro de la civilización"¹².

Debemos centrar este gran desafío bajo el gran paraguas, la gran iluminación, de la caridad. Es la caridad la que va a iluminar y va a estar, desde la antropología cristiana, verdaderamente al servicio de la cultura, de la política, de la legislación, de nuestro futuro. Subrayo una frase que es muy esperanzadora y que nos abre el corazón: la invitación del Santo Padre a ser **capaces a una nueva imaginación de la caridad**. Un gran desafío en muchos ámbitos, el hecho de que los cristianos sepamos ser creativos en la caridad y ser concientes de que la caridad hoy tiene diferentes nombres.

DRA. MARGARITA BOSCH

Lic. en Ciencias Biológicas, especializada en Microbiología. Doctora en Química. Profesora e Investigadora del Instituto de Bioética de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Pontificia universidad Católica Argentina.

Desde la Biología, me voy a referir a la procreación responsable y, como la procreación se refiere a la concepción y el desarrollo de los niños, voy a explicar brevemente en **qué momento empieza a existir un nuevo ser humano**.

Como todos sabemos, nuestra forma de reproducir o procrear es a través de la sexualidad; esto implica que se utilizan **gametas**. Las gametas son células especializadas en portar un material genético que conformará el complemento cromosómico del hijo. Estas células están ampliamente especializadas en las funciones que tienen que cumplir: el **espermatozoide** en transportarse, reconocer y penetrar las barreras que lo separan de la membrana del ovocito; y el **ovocito**, comúnmente conocido como óvulo, está especializado en reconocer al espermatozoide de la propia especie, reaccionar a su contacto, procesar la incorporación de la célula y desarrollar un embrión.

Estas son las **bases bioquímicas de la fecundación**, conclusivas de un trabajo de investigación realizado en esta Universidad, donde tomé resultados de trabajos realizados en institutos de investigación, bioquímica y genética de alrededor del mundo; lo tomé de revistas reconocidas.

Quiero, solamente, remarcar algunas ideas que nos llevan a sostener que el **cigoto** es la primera célula de una persona

¹² Juan Pablo II: *Novo Millennio Ineunte* 51 y 52.

-es decir, que todos alguna vez fuimos unicelulares-, que el desarrollo de esa célula es de por sí un **proceso** y que, como todo proceso, tiene un punto de inicio.

Me detengo en el concepto de proceso porque creo que es lo que más nos separa de los colegas. Generalmente, estamos acostumbrados a reconocer las cosas, los objetos de acuerdo a algunas pautas que esos objetos nos dan para reconocerlos como tales. Es muy frecuente que reconozcamos a un niño porque tiene un aspecto o una forma que nos recuerda a una persona. Pero esto no es así en la reproducción. La sexualidad exige la formación de gametas, el desprendimiento de las gametas, el traslado y el encuentro. Una vez que se encuentran y se funden, el aspecto de esa célula no va a ser muy semejante a un niño; sin embargo, es un niño... y esto lo dice la biología, la ciencia, la genética, no lo digo yo. La fusión de gametas es un niño, la primera célula es un organismo y funciona como tal. Una de las primeras pruebas de esto se dio en la fertilización in vitro: esas células que, naturalmente están desprendidas, a través de la eyaculación y de la ovulación, pueden ser retiradas del cuerpo humano y conformar un niño en el laboratorio.

En cuanto a la **naturaleza genética de ese embrión unicelular**, tenemos un doble complemento -23 pares de cromosomas- y las gametas están encargadas de llevar 23 cromosomas cada una. Al unirse queda determinado el

complemento cromosómico del hijo, que es el mismo en todas las células de una persona, en todos los estadios de vida de esa persona y se juntan, por primera vez, en el contacto de las gametas.

Esa complementariedad genética, cromosómica, no es sólo de cantidad, también lo es de calidad puesto que, en el proceso de la gametogénesis, el tiempo biológico vuelve a cero y se dispara con la fecundación y, además, está marcado el tipo de gen de expresión temprana, de tal modo que, complementan en calidad, la información genética temprana de las gametas para conformar al niño.

Se ha determinado la expresión génica del cigoto en el momento previo a la primera división, así como la expresión de factores de crecimiento en embriones de tres células. Esto muestra que el antiguo principio de que no había proteínas propias hasta el día quinto, no es real. Hay RNA del embrión muy tempranamente.

Todo este tipo de pautas bioquímicas nos muestran que, al contacto, el espermatozoide activa al ovocito y el ovocito inicia el desarrollo del embrión. No hay otra manera de verlo: el inicio del desarrollo es el inicio de la vida. Nos encontramos ante un ser autogestante, organizado, razón por la cual lo llamamos **organismo**, ya que en la biología, un cuerpo que se organiza a sí mismo es un organismo y la existencia de organismo coincide con la existencia de la vida. ¿Quién organiza a ese organismo? El citoplasma materno.

Hay un artículo en una revista que menciona algunas de las cosas que ocurren en el **contacto del espermatozoide**. Hubo una larga discusión acerca de si la activación del ovocito por el espermatozoide era una cuestión física o si estaba mediada por una partícula. La discusión fue muy larga e involucró a muchos laboratorios, pero la única conclusión indudable fue que la interacción del espermatozoide activa el desarrollo del embrión y que, cuando se hace clonación -es decir, cuando se trata de producir un desarrollo en ausencia de espermatozoide- el laboratorio tiene que estimular esa activación de muy diversas formas. El protocolo de Dolly explica que hay una corriente eléctrica, pero hay otras formas bioquímicas de activar. El artículo se titula *Una explosión de vida*. El espermatozoide le implica al ovocito una activación que significa, bioquímicamente, una explosión de vida. El ovocito está formado en el ovario de la mamá y se encuentra detenido metabólicamente, es la célula más antigua de su cuerpo. Cuando lo toca el espermatozoide, entonces se reaviva, aumenta su metabolismo y empieza a producir un niño.

Las primeras etapas son de **clivaje**. También se sabe hoy que el clivaje no es simétrico. El embrión temprano tiene una división asimétrica: la primera es en dos células pero, inmediatamente, una de las dos primeras células divide antes que la otra y, además, sufre una rotación en el espacio. Este tipo de detalles nos

muestra que no se trata de un conjunto de células sin sentido sino que, precisamente, es un organismo que se está gestando a sí mismo.

O sea: tenemos un **sistema autogestante**. Por esas cosas del desarrollo, en un momento necesita implantarse y lo hace en el cuerpo materno. Ahí sí se mete en el endometrio uterino y prosigue su desarrollo y, a partir de entonces, las legislaciones no tienen duda de que eso es humano. Curiosamente no le dan la misma categoría en etapas más tempranas, pero la bioquímica lo explica largamente.

R. P. RUBÉN REVELLO

Sacerdote. Especialista en Bioética. Miembro de la Comisión de Bioética de la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Profesor del Instituto de Bioética de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud (UCA)

Este proyecto, que tiene media sanción, consensúa, reúne ocho **proyectos anteriores**, de todo tipo y laya; en general, mucho más permisivos y, algunos, explícitamente abortivos. Cuando la Comisión de Salud comienza a formar, a partir de esos proyectos anteriores, un nuevo proyecto -que, de hecho, salió publicado en el orden del día del año 2000, N°11.047- allí se presenta el **anteproyecto** que se manejó en Cámara de Diputados, no el proyecto que finalmente se aprobó, que es el que hoy analizaremos. Ese anteproyecto era mucho más agresivo, por varios motivos que vamos a ir viendo.

Al momento de tratarse este proyecto, desde hacía un tiempo, se venía discutiendo acerca de que algunos términos, algunas expresiones que se utilizan a nivel internacional y se van incorporando en el decir habitual, no quieren decir lo que dicen. Esto es lo que ocurre con una expresión muy concreta, **Salud Reproductiva**, la cual empezó a manifestarse hace unos cinco o seis años atrás en los foros internacionales y que, aparentemente, tendría que ver con elementos que buscan que la reproducción en el hombre se vea favorecida, por lo menos, que todo lo que tenga que ver con el funcionamiento y las condiciones que hacen a la reproducción humana se vean favorecidas cuando no estimuladas. Cuando uno se remite al contenido de lo que se presenta como salud reproductiva, ve que, en realidad, lo que se busca es que el cuerpo no funcione como naturalmente tendría que funcionar.

Lo que ocurre en la actualidad es que la gente se olvida de esa relación natural que se da en la sexualidad, donde lo unitivo y lo procreativo están vinculados naturalmente. Es decir, aquello de que las relaciones sexuales no engendren hijos puede funcionar muy bien en las propagandas, en el cine, en una comedia pero, habitualmente, de la relación sexual frecuente –sobre todo, en muchos de nuestros jóvenes–, surge como una posibilidad natural. Y esto porque el cuerpo no sabe lo que uno quiere, el cuerpo responde a lo que uno le hace hacer. Si yo

llevo al cuerpo a tener relaciones, el cuerpo va a interpretar que lo que yo quiero es que se desencadene todo ese proceso tan complejo de la fecundación. El hecho de que un joven, teniendo relaciones, no quiera tener un hijo, en realidad, es una artificialidad de algo que se da en la naturaleza de modo conjunto. Entonces, llamar salud reproductiva a métodos que lo que buscan es impedir que el cuerpo funcione según su naturaleza y su estado sanitario correcto, en realidad, es un error grave... y ahora, a partir de hace poco tiempo, podría decir también, mal intencionado ¿Por qué mal intencionado? Algo que ocurrió hace una semana, en los foros internacionales, lo muestra claramente. Estados Unidos preguntó si la expresión de Salud Reproductiva incluía o no al aborto y el representante de Canadá –con algunos representantes latinoamericanos que se sumaron– respondió que sí, que explícitamente incluye el tema del aborto. Es así que, ya no se busca simplemente escindir, en la sexualidad, lo que es reproducción de lo que es unión; ya no es un tema privado, entre dos, en esos casos hay un tercero en juego, que es la vida engendrada de esa unión. No es cuestión de decir “yo con mi vida hago lo que quiero”, “yo ejercito mi sexualidad como a mí se me ocurre”. Si Salud Reproductiva, como concepto, incluye el tema del aborto, se pasa a un grado moral mucho más grave, donde se afecta la vida de un tercero, que no pidió ser engendrado y que

se ve convocado a la vida y, al mismo tiempo, rechazado por sus propios padres, a veces por ignorancia, a veces no.

Este proyecto proviene, entonces, de ocho proyectos anteriores y pasó por varias comisiones dentro de la Cámara de Diputados –concretamente, tres– sin observaciones ni disidencias; aparentemente, fue circulando sin objeciones. Llegó a presentarse el 17 de octubre del 2000 y fue posponiéndose su tratamiento por las circunstancias político-institucionales que atravesó nuestro país. Finalmente, fue presentado para su votación en la última sesión, el último día de sesiones ordinarias del año 2000, a las 23:45 –a las 24 ya no podrían incluirlo–, como si eso fuera poco, en bloque, es decir, los diputados votarían escuchando sólo el nombre del proyecto, el cual era uno entre toda una cantidad que se votaban en ese mismo momento. Un tema de esta trascendencia se presentó así. Lo cierto es que ese último día del período de sesiones ordinarias del año 2000, algunos diputados quitaron el quórum, por lo que el proyecto siguió en tratamiento. Afortunadamente, durante el período entre aquel día y el día en que fue aprobado el proyecto –16 de abril de 2001– se le incorporaron muchas modificaciones que, de algún modo, son restrictivas respecto a las posibilidades que tenía el proyecto original.

Aquí es importante hacer hincapié en algo. Esas modificaciones no transformaron a este proyecto en un proyecto

moralmente bueno, desde el punto de vista cristiano, sino menos nocivo que el anterior. Me gustaría recordar la afirmación del Santo Padre en la *Evangelium Vitae* N° 73 donde, refiriéndose a los temas relativos a la vida, dice a los legisladores: "hay que oponerse a toda ley intrínsecamente injusta y no darle su voto o ninguna otra forma de apoyo". El legislador cristiano –en temas referidos al aborto, a la muerte o lo que se puede considerar, objetivamente, una ley injusta– no debe darle su apoyo ni su voto. Pero, ¿qué pasa cuando puede intervenir mitigando el mal de una ley? Esto hace al asunto un poco más complejo, porque no es simplemente el sí o el no. Entre el sí y el no puedo estar, en conciencia, totalmente en disidencia con el espíritu de la ley, pero puedo –a su vez– seguir interviniendo para mitigar sus efectos negativos. En el caso propuesto, cuando no fuese posible anular completamente una ley de este tipo, un parlamentario podría, lícitamente, ofrecer su propio apoyo a otras propuestas en vistas a limitar los daños de una tal ley y disminuir los efectos negativos en el plano de la cultura y de la moralidad pública. Obrando así no se colabora ilícitamente con una ley injusta, más aún, se cumple una legítima y obligatoria tentativa de limitar los aspectos perversos. Entonces, esta ley, ¿es una ley moralmente correcta desde el punto de vista de la moral cristiana? No, porque tiene una mentalidad antinatalista. A veces se afirma "no, no queremos que

sea abortiva; lo que queremos es hacer el bien". Pero al bien hay que hacerlo bien, valga la redundancia.

Vale la pena repasar punto por punto el proyecto con media sanción.

En el artículo 2 se mencionan los **Objetivos del Programa:**

En primer lugar, *"Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable a fin de que puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia"*... Si alguno me puede explicar esto... avanzaríamos demasiado... Aquí se ve claro que hay otra cuestión de fondo en una ley presentada de este modo. Con la expresión "máximo nivel de salud sexual", podría pensarse que lo que se busca es poblar, favorecer el tema de la procreación... o, pensando en otra línea, evitar el contagio del SIDA y demás Enfermedades de Transmisión Sexual. Pero, como estaba el proyecto originalmente, esto sirvió para aplicar el Dispositivo Intra Uterino. Pero ¿cómo hace el DIU para evitar las Enfermedades de Transmisión Sexual? Yo creería que puede llevar a agravarlas: una chica que tiene el DIU puesto y confía en las cualidades anticonceptivas del mismo, difícilmente se cuida con otras formas para evitar el contagio.

El segundo objetivo mencionado es *"disminuir la morbilidad materna-infantil"*. En esto estamos todos de acuerdo: ¿quién quiere que se enfermen o mueran las madres y los hijos? Nadie... El tema es que hay que ver cómo se hace...

En tercer lugar, *"prevenir embarazos no deseados"*. Este sería otro punto a cambiar porque el embarazo puede ser no previsto o imprudentemente generado, pero no es correcto considerarlo "no deseado"... esto puede ser considerado como una forma de discriminación; es rechazar a una persona que la pareja convocó a la vida; algo así como echar al invitado. No se puede invitar a alguien y después echarlo; se tiene que prever antes si se lo quiere invitar o no. Esto no es respetuoso de la persona humana. Se transmite la idea de que un hijo es meramente hijo del deseo.

El cuarto objetivo perseguido es *"promover la salud sexual de los adolescentes"*, aquí la reflexión natural es "que bárbaro que se ocupen tanto de la salud sexual de los adolescentes y no de la salud dentaria, ósea, mental... tantas otras"

Por último, se busca *"garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable"*. Aquí podemos abordar el tema de las prioridades sanitarias que presenta este proyecto. En un sistema sanitario donde escasean medicamentos vitales, como los oncológicos o los que combaten el SIDA, parecería una irracionalidad asumir este otro tipo de gastos. En el campo hay un dicho muy sabio, a la vez que sencillo: "a los vicios se los paga uno" ¿Qué entiende el hombre de campo por esto? Que él es quien debe pagar la yerba, el tabaco y también el cuidado se-

xual... Que se desvien fondos tan necesitados para cubrir otros aspectos -más vitales, por cierto- de la salud en distribución de preservativos, me parece -dicho mal y pronto- una bofetada a las personas que hacen cola para conseguir medicamentos oncológicos.

En el artículo 3 se aclara que *"el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna"*. ¿Qué se busca decir aquí? Si, por Constitución, el Estado debe garantizar las prestaciones sanitarias a todo el mundo, ¿de qué se está hablando? Y... ¿qué es eso de discriminación? ¿Qué es discriminar?... ¿distinguir entre uno y otro? ¿decir "no, por tu estado de salud"? Si va un ciego a sacar el carnet de conductor le van a decir "no mire, usted no puede conducir" Según el concepto de discriminación que tiende a imperar aquí, el ciego podría hacerle un juicio al Estado alegando que lo discriminan porque es ciego. Marginar es otra cosa, pero discriminar es fruto de la realidad, la realidad misma discrimina.

El artículo 4 dice *"la presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la Patria Potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagradas en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, ley 23.849"*. Esta es una de las incorporaciones que se lograron, muy valiosa por cierto, porque en el proyecto originalísimo, los menores podían ir a un

servicio de salud y pedir cualquier método anticonceptivo sin ningún tipo de intervención de los padres; es decir, se ignoraba completamente el principio de Patria Potestad. Algo totalmente incoherente, ya que si los padres tienen cierta responsabilidad respecto de la salud de sus hijos -por lo menos, hasta los 18 años- también tienen derecho a ser informados y consultados respecto a lo que les sucede a sus hijos y asumir su responsabilidad de padres respecto a temas tan delicados como son estos que estamos tratando. Es así que este artículo vuelve a situar al niño en su familia, de allí que sea un avance importante; vuelve a situar la formación y la atención del niño en el ámbito familiar; les devolvió a los padres ingerencia sobre sus hijos.

El artículo 5 expresa que *"el Ministerio de Salud, en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente, tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para: a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud; b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos vinculados a la salud sexual y la procreación responsable en la comunidad educativa; c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este*

programa; d) detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y cáncer génito-mamario" Esto incluye al personal docente; habría que ver qué ocurre con aquellos maestros que no están a favor de la orientación que se le da al Programa. Según esto, tendría que obrar contra-conciencia un docente obligado a dar cursos de educación sexual según un programa que no concuerda con sus principios –de hecho, la objeción de conciencia no está garantizada, de acuerdo al espíritu de la ley– Esto sería un punto a mejorar en el Senado: ver cómo se puede garantizar una forma de objeción de conciencia al personal docente que no quiera prestarse a este tipo de situaciones.

Además, me preocupa lo mencionado en el punto d) acerca de los agentes barriales, más que nada porque no se sabe cuál es la mentalidad detrás de esto. Hay que ver cómo se efectúa, si las personas que lo hacen tienen la capacidad y la capacitación, si lo harían ad honorem o bajo sueldo. Este no es un problema menor cuando se está buscando achicar los gastos del Estado...

Y, ya que me metí en el terreno económico, no quiero dejar de recordar algo: muchos de estos planes se financian con endeudamiento externo y hay

interés económico internacional en prestar dinero para que estos planes se desarrollen. La deuda sigue creciendo, los países del primer mundo descartan su material anticonceptivo en desuso y nosotros lo incorporamos sin ningún tipo de filtro.

Pero, volvamos a la ley. El artículo 6 establece que *"la transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines deberá:* a) *Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación..."* Aquí se cita, entre otras enfermedades, al SIDA, con lo cual se incurre en una contradicción, porque la praxis ha instalado que sin el consentimiento informado del paciente no se le pueden hacer análisis para la detección del SIDA. Entonces, ¿cómo hacer para la detección temprana? Pero, a su vez, ¿cómo hacer para que este seguimiento y detección temprana tenga repercusiones en el sujeto, lo lleve a cambiar de conducta? Y, ¿si esta forma de diagnóstico supone alguna forma de marginación?... Siguiendo con el artículo, b) *A demanda de los beneficiarios y sobre la base de los estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser*

de carácter reversible, no abortivo y transitorio, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT; c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido. Aquí, hallamos otra de las modificaciones que se lograron incorporar para mitigar los efectos nocivos de la ley: el proyecto original no incluía la descripción de "reversibles, no abortivos y transitorios" dentro de los métodos que se podían recetar.

Vamos ahora al **artículo 9**: "*Las instituciones educativas públicas, de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones*" Este artículo fue otro de los avances que se lograron porque, según el proyecto original, todas las instituciones educativas estaban obligadas a dar el mismo programa de educación sexual. Gracias a esta incorporación, las escuelas católicas podrán impartir un programa de educación sexual acorde a la moral cristiana. Esto ha sido un avance importante en la ley. El mismo concepto se hizo extensivo en el **artículo 10** a "*las instituciones privadas de carácter confesional que brindan por sí o por terceros servicios de salud*" las cuales "*podrán, con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, in-*

ciso b)" de la ley.

Llegados a este punto, quiero detenerme en el tema de la **objeción de conciencia**, en especial, de los médicos y el personal de salud. Esto fue una lucha muy grande entre los legisladores que querían incorporarlo y los que querían excluirlo. El proyecto original, directamente, no lo contemplaba. Como estaba redactado, podía presentarse alguien y, poco menos que compulsivamente, exigir al médico un determinado método; a punto tal que, de no hacerlo, este médico hubiera podido recibir sanciones. En un proyecto provincial muy parecido a este, incluso, aparecía la intención expresa de no incluir la objeción de conciencia de los médicos, previendo que la praxis médica habitual sea una praxis pro-vida y no contraria a la vida. De alguna manera, la ley acorralaba al médico que tenía que optar entre su conciencia y lo que la ley le obligaba a hacer. Con las modificaciones logradas, esa postura se atenuó, aunque habría más por hacer en este sentido.

Para terminar, me gustaría destacar un concepto. Esta ley propone la **obligatoriedad de la educación sexual**. En este sentido, hay un punto que es central: desde 4° grado los chicos reciben pautas del tema; estudian sobre el aparato sexual, cómo funciona, el SIDA, etc.... pero lo importante aquí no es lo meramente fisiológico, sino cómo vinculo lo afectivo a lo corporal y cómo

mo, el ejercicio de la libertad, me hace asumir las responsabilidades consecuentes. No es simplemente tener una descripción de la anatomía o de la fisiología; una verdadera formación sexual -que es conveniente y necesaria- es una **formación sexual** que supone formar la afectividad del sujeto. Ahora, ¿corresponde al Estado esto? Por supuesto que eso supone una determinada moral, porque se educa de acuerdo a valores, señalando tácitamente "esto es valor, esto es un anti-valor" ¿Cuál es la moral que se va a dar desde el Estado? Y, ¿si esta moral no es la que yo, como padre, quiero que mi hijo tenga? Y, ¿si difiero de lo que le enseñan en el colegio? ¿Qué injerencia tiene la familia en la formación afectiva de sus miembros? Y, si el plan busca la integración familiar, ¿por qué excluye la familia de toda decisión? ¿Por qué el Estado -de un modo muy particular, por no decir totalitario- toma una determinada moral y la impone a través de sus planes de formación por ley? ¿Dónde está el respeto de la **conciencia individual** garantizado por la Constitución Nacional? Estos son los interrogantes de fondo que no hay que dejar de hacerse para el debate se desarrolle "con todas las de la ley".

Nota: el texto completo del proyecto de Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable que consta con la aprobación de la Cámara de Diputados de la Nación Argentina (media sanción) puede hallarse en el número anterior de Vida y Ética (Año 2, N° 1, junio 2001)

DR. GUILLERMO CARTAZZO

Abogado; especialista en legislación en Bioética. Presidente del Movimiento FUNDAR.

Voy a hacer unas breves y muy puntuales **precisiones jurídico-políticas** sobre el tema.

Como ha señalado Pablo VI en *Ecclesiam Suam*, la relación entre la Iglesia y el mundo, sin cerrar el camino a otras formas legítimas, puede representarse mejor por el diálogo, que no siempre podrá ser uniforme sino adaptado a la índole del interlocutor y a las circunstancias del hecho existente. Sigue Pablo VI, en ES 31, diciendo que "esta forma de relación busca, sin embargo, el provecho del interlocutor y quisiera disponerlo a una comunión más plena de sentimiento y convicciones. El diálogo es un arte de comunicación espiritual que exige claridad, mansedumbre, confianza y prudencia". Continúa diciendo Pablo VI que "el diálogo supone y exige inteligibilidad; es un intercambio de pensamiento, es una invitación al ejercicio de las facultades superiores del hombre".

CLARIDAD

Quisiera detenerme, en primer lugar, en el requisito de la claridad. De esta forma, no puedo menos que señalar las dificultades que, para la claridad, traen términos y conceptos como *Salud Reproductiva, derecho a la libre opción, derechos reproductivos, promover la salud sexual de los adolescentes*, etc. El

proyecto de ley que nos ocupa está plagado de estos términos, los cuales – creoson deliberadamente ambiguos. Para ejemplificar, puedo citar lo ocurrido en una reciente reunión de las Naciones Unidas sobre infancia, donde un diplomático afirmó que entendía que los servicios de salud reproductiva incluían el aborto. En nuestro país, en algún proyecto presentado en el Congreso Nacional se propugna la legalización del aborto como método de planificación familiar (expediente 930, D2000, Trámite Parlamentario 14 – 2000 – Autoría: Dip. Alfredo Bravo) o la misma Salud Reproductiva, en Río Negro, que incluye la esterilización, polémica ley sancionada el pasado 13 de octubre del 2000 la cual, ciertamente, está en contradicción con el Código Penal.

Este proyecto parece esconder intenciones, propósitos que no explicita y lo hace detrás de una **ambigüedad semántica**. Yo diría esto: el derecho y la política están íntimamente vinculados y, en este sentido, no podemos dejar de entender este proyecto de ley sino en el contexto de un marco político determinado y, también en ese contexto, debemos interpretar la semántica de este proyecto.

El diálogo sólo será posible en la medida en que las palabras no escondan segundas intenciones pues, si así fuera, se pierde toda posibilidad de dialogar en busca del bien común y se mina la convivencia social, pues no existe una base sólida para la misión común de edificar

la sociedad. Por eso, nosotros –como hombres y mujeres de Iglesia- buscamos el diálogo, queremos el diálogo, pero éste exige de esos cuatro requisitos: claridad, mansedumbre, confianza y prudencia. Requisitos sin los cuales no se da el diálogo la sucesión de monólogos.

LA PERSONA

Todo proyecto legislativo y toda política pública parte de una noción de persona y de familia. Aún las decisiones, aparentemente, más intrascendentes suponen una determinada visión sobre el hombre. En orden a un diálogo sobre estas cuestiones debemos, entonces, partir de un común reconocimiento: la **dignidad** de toda persona humana y sus **derechos fundamentales**.

Nuevamente aquí aparece la constante de la ambigüedad. Algunos incluyen en los proyectos de Salud Reproductiva "dispositivos y anticonceptivos que actúan eliminando la vida humana en las primerísimas fases de su desarrollo". Por eso se hace necesario un pleno reconocimiento del ser humano en su dignidad, merecedor de la vida sin distinción de accidentes o cualidades, de manera concordante con el artículo 51 del Código Civil: "la persona es persona desde el primer instante, sin distinción de cualidades o accidentes". Por lo tanto, cuando se menciona todo el proceso biológico del niño, queda corroborado, a través de la ley –y este artículo así lo señala- que esa unidad

que hay en el principio es un niño.

PERSONA, SEXUALIDAD Y FAMILIA

Otra dimensión a tener en cuenta en el diálogo es la visión de la sexualidad. En efecto, las iniciativas de Salud Reproductiva, Procreación Responsable o Salud Sexual contienen una visión empobrecedora sobre el hombre y la sexualidad.

Esta visión resulta particularmente grave en cuanto propuesta dirigida a los jóvenes. No hay referencia al valor del amor, al respeto del cuerpo del otro en su dimensión personal, a la castidad. Se limita a fomentar la anticoncepción con una visión de la sexualidad desligada del valor familia, desligada del valor matrimonio y esto, indudablemente, lesiona a la persona, hecho que se profundiza por la etapa de formación en que se encuentran los chicos. Por eso, resulta difícil leer el proyecto a la luz del paraguas de la caridad; no porque no la tengamos al leerlo, sino porque debemos interpretarlo a la luz de la caridad y no hay elementos vinculantes, hay un pragmatismo biológico a la luz de una antropología determinada.

Quisiera citar recientes estudios publicados en el *British Medical Journal* que dan cuenta de la recomendación médica a vivir la abstinencia y señalan que el 80 % de los llamados "embarazos no deseados" son consecuencia de un fallo de la contracepción.

Al respecto, me parecen iluminadoras las palabras del Santo Padre en la *Evangelium Vitae*: "el cuerpo ya no se

considera como realidad típicamente personal, signo y lugar de las relaciones con los demás, con Dios y con el mundo. Se reduce a pura materialidad. Está simplemente compuesto de órganos, funciones y energías que hay que usar según criterios de mero goce y eficiencia. Por consiguiente, también la sexualidad se despersonaliza e instrumentaliza: de signo, lugar y lenguaje del amor, es decir, del don de sí mismo y de la acogida del otro según toda la riqueza de la persona, pasa a ser, cada vez más, ocasión e instrumento de afirmación del propio yo y de satisfacción egoísta de los propios deseos e instintos. Así se deforma y falsifica el contenido originario de la sexualidad humana y los dos significados -unitivo y procreativo- innatos a la naturaleza misma del acto conyugal son separados artificialmente. De este modo, se traiciona la unión y la fecundidad se somete al arbitrio del hombre y de la mujer. La procreación se convierte, entonces, en el 'enemigo' a evitar en la práctica de la sexualidad. Cuando se acepta es sólo porque manifiesta el propio deseo o la propia voluntad de tener una hijo 'a toda costa' y no, en cambio, por expresar la total acogida del uno al otro y, por tanto, la apertura a la riqueza de vida de la que el hijo es portador".

POLÍTICAS PÚBLICAS Y LIBERTAD INDIVIDUAL

Estas leyes y normas, generalmente, suponen la implementación de programas de gobierno que estarían al ser-

vicio de la libertad individual y del igual acceso a los medios de salud. Se debe señalar que, en cuanto programas, deben contener metas y objetivos para evaluar su implementación. Es así que se produce una grave contradicción: mientras que los programas afirman estar al servicio de la libertad individual y del igual acceso a los medios de salud, en algunas de sus disposiciones, se avanza sobre la libertad de las personas.

Puede citarse el ejemplo de Córdoba. Allí, luego de que fuera vetada una ley provincial, el Ministerio de Salud aprobó el Programa de Salud Sexual, Reproductiva y Educación, aprobado por resolución 283 del 15 de marzo de este año. En esta resolución el Estado propone informar y ofrecer los servicios de salud sexual y reproductiva al 100% de las mujeres con alta hospitalaria, por parto o interrupción voluntaria del embarazo, de los efectores de salud pública, en el 2005 (meta 1.8.2, página 16) También se creará un carnet personal para usuarias/os de los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas normas pueden dar lugar a abusos y presiones indebidas, como ha ocurrido en otros países, y puede dar lugar, también, como se ve en este proyecto, a la presencia de un Estado no totalitario, pero sí ingerente, que avanza excesivamente sobre la libertad personal y, sobre todo, sobre la intimidad de las personas.

En este sentido, el texto con media sanción que hoy estamos analizando, establece en su artículo 5 "la capacita-

ción de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios, para trabajar como agentes aptos" en relación a acciones sobre salud sexual. De esta manera, se involucra a trabajadores sociales y operadores comunitarios en tareas que no tienen relación directa con su misión fundamental, o que, serán convocados quién sabe con qué criterios en punta a la idoneidad para estos temas. Esta confusión puede acarrear, nuevamente, indebidas presiones para la persona que recibe la asistencia social, como podría suceder si un trabajador social fuera instruido para informar sobre la salud sexual de una familia que deseara recibir una ayuda estatal. Debe advertirse que el inciso d) del artículo 5 facultaría a los agentes a detectar adecuadamente las conductas de riesgo. Estas son las interpretaciones que, no son maliciosas, son interpretaciones legales. Podría comisionarse para que detecte adecuadamente las conductas de riesgo y es así que empezaríamos con un nomenclador de qué se interpreta por conductas de riesgo y, después, quedaría en las manos de la Justicia ver qué es una conducta de riesgo... Claramente, se ve cómo volvemos al tema de la confusión conceptual.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Esta última observación nos lleva al importante tema de la objeción de conciencia. Es de público conocimiento el debate generado por estas políticas públicas. Este debate se debe a profundas convicciones personales que res-

ponden, en muchos casos, a creencias religiosas respetables y de gran arraigo.

Así, el derecho a la objeción de conciencia -que tiene raigambre constitucional, especialmente en virtud de los Tratados Internacionales que reconocen la libertad de conciencia y religión- debe ser ampliamente reconocido.

En tal sentido, la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable que cuenta con media sanción no contiene un texto explícito sobre el tema. Se ha aprobado simultáneamente una reforma a la Ley de Ejercicio de la Medicina (17.132), pero tal reforma resulta insuficiente.

Debe ampliarse la objeción de conciencia, incorporando un artículo que podría disponer que: *"los profesionales, educadores, trabajadores sociales, operadores comunitarios u otras personas que tuvieren que cumplir acciones en el marco de este Programa, podrán eximirse de intervenir en caso de expresar su objeción de conciencia debidamente fundada"*.

Debe reconocerse como un valioso antecedente, el derecho a la objeción de conciencia institucional que ha reconocido la ley con media sanción en sus artículos 9° y 10°. Si las instituciones pueden ser objetoras, ¿cómo no podrán serlo los médicos y demás efectores?

PATRIA POTESTAD

Otro elemento a tener en cuenta es la concepción educativa que subyace

en este tipo de leyes. La responsabilidad de la paternidad y la maternidad también se extiende a la educación, de modo particular, aquello que se refiere a las opciones morales. En la familia, escuela de una humanidad mejor -según la *Gaudium et Spes*-, los esposos transmiten valores e ideales, procurando una formación integral para sus hijos. El derecho-deber educativo de los padres es esencial, original y primario, insustituible e inalienable.

Esta misión es reconocida en el campo civil, con contornos precisos, a través del instituto de la Patria Potestad, con fundamento constitucional, según se desprende de los múltiples tratados de derechos humanos que colocan a la familia como célula básica de la sociedad. Por ello, particular gravedad para la vida social revisten los proyectos que avanzan sobre los derechos y deberes de los padres y no reconocen su necesaria intervención y responsabilidad.

En este sentido, el proyecto de ley que analizamos menciona en su artículo 4°: "la presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de derechos y obligaciones que hacen a la Patria Potestad; en todos los casos, se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño..." Como se ve, en este proyecto se logró el amparo, pero es importante mencionarlo para las situaciones futuras que puedan presentarse en las provincias.

PROPUESTAS

A. En materia presupuestaria. Fortalecer a la familia es responsabilidad de todos. En estos momentos de profunda crisis económica, parece necesario revisar las opciones concretas que destinan importantes partidas presupuestarias a programas que promueven la anticoncepción -moralmente inaceptables- descuidando tantas necesidades insatisfechas. En este sentido, en el plano internacional, parece imperar una primacía de los valores de la economía por sobre la centralidad de la persona, pasando ésta de ser sujeto, a ser objeto del mecanismo social. Esto parece condicionar la ayuda crediticia a la implementación de políticas de planificación familiar.

Otras propuestas bien concretas que podemos hacer son:

B. Estudios y prestaciones que aseguren una atención integral e igualitaria para la mujer y el niño durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia.

C. Promover una profunda reforma laboral articulando, con organizaciones sindicales, empresariales y otros agentes sociales, la instrumentación de acciones tendientes a la conciliación de la vida familiar y la vida laboral por ejemplo, los asuetos rotativos impiden a la gente practicar el culto, de acuerdo a sus propias convicciones religiosas e impide la vida familiar) Sería de avanzada, en materia social, proponer una reforma laboral en este camino.

D. Promover una reforma tributaria, de tal manera que se exceptúen o se alivien las alícuotas de ciertos impuestos a los sostenes de las familias numerosas. Me refiero, concretamente, al impuesto a las ganancias, a ciertos casos de IVA y a ingresos brutos.

E. Fomentar, en todo el territorio del país, según criterios de equidad y no simplemente electorales, la apertura de jardines maternos, particularmente mediante el diseño y la propuesta de medidas tributarias y laborales de promoción.

F. Implementar en el país planes de vivienda exclusivos para familias numerosas de escasos recursos (se obtendría la información de los censos)

G. Brindar información y asesoramiento para padres en la educación para el amor de sus hijos en el marco de los derechos y deberes que surgen de la patria potestad.

H. Adoptar medidas de particular protección y asistencias social y económica para la madre soltera.

I. Mediante equipos interdisciplinarios, articular, diseñar, coordinar e implementar acciones tendientes a la prevención y solución de situaciones de violencia familiar.

J. Disponer medidas de asistencia social y económicas extraordinarias para los progenitores desempleados que tuvieran a su cargo hijos menores de edad.

K. Promover el instituto de la adopción de manera que los niños en

situación de desamparo puedan vivir en una familia para su pleno e integral desarrollo.

DIPUTADO ING. MARIO CAFIERO

Diputado Nacional por la Provincia de Buenos Aires (Partido Justicialista) Presidente de la Comisión de Asuntos Cooperativos, Mutuales y ONG's (en ejercicio hasta el 10 de diciembre de 2001)

A continuación, transcribimos lo expuesto por el Diputado Mario Cafiero, quien hizo su presentación a modo de diálogo con los participantes.

Agradezco la invitación para contarles la trama de esta ley en cuanto a su tratamiento parlamentario y las conclusiones que obtuve de ella. Muchos suponían que esta ley tendría una suerte parecida a una gran cantidad de iniciativas que hay en el Parlamento que no prosperan, pero este no fue el caso. Esta era, para mí, una ley injusta. Frente a estas situaciones uno puede adoptar tres actitudes: la resistencia, uno se opone y defiende los valores que cree; la colaboración, para perfeccionar la ley, o la tolerancia, en donde si bien uno no coincide con la ley, la aprueba porque la próxima puede ser peor. Mi actitud fue la resistencia.

Mientras yo analizaba la ley con los diputados abocados a este tema me di cuenta de que faltaba la palabra vida. En todo el texto de la ley no figuraba el "derecho a la vida". Esto hizo que yo me manifestara absolutamente en contra de

esta ley dentro del recinto y sentara una posición junto con otros pocos legisladores. Dimos una batalla importante porque mientras algunos hacíamos esta tarea principista, por otro lado, había un mejoramiento de la ley, producto de la posición clara de la Iglesia. En el recinto me expresé en contra de esta ley tibia y ecléctica que genera confusión de conceptos y de propuestas.

Una ley se propone generar una política para corregir determinadas cosas. Esta ley intenta traer a la Argentina algo que en otras sociedades ya se discutió, ya se puso en marcha y ya fracasó. Frente a la realidad de una revolución sexual en los años '60 y '70 en los países más desarrollados, donde se implementaron políticas similares a las que hoy queremos implementar, ¿cuáles son los resultados? ¿Ha disminuido el embarazo adolescente? ¿Ha disminuido el aborto? No, por el contrario. Como decía Albert Einstein, uno no puede esperar hacer lo mismo y obtener resultados diferentes. Esta ley era muy mala, ahora es mala.

En el mundo hay dos corrientes, los pro-choice y los pro-life. Nosotros somos pro-life porque defendemos el derecho a la vida desde la concepción. Hay otros que tienen otra idea, equivocada, que defienden una supuesta libertad de la mujer de interrumpir el embarazo, sin tener en cuenta que está interrumpiendo la vida de una persona. En eso yo no veo puntos de negociación. Hay poca posibilidad de

acordar cuando esto no está en claro. La ley, no es una ley del aborto, pero tiene una serie de conceptos muy confusos, incluso el agregado de los tipos de métodos fue importante para aclarar las cosas, pero no estaba en el texto original.

Nosotros tenemos que reafirmar el valor de ese ser, esa persona que está por nacer que lo único que necesita es tiempo, porque tiene toda la información para nacer, para ser una persona.

En los días previos al debate yo dije que esta ley necesitaría la inclusión de alguna otra ley, que yo había presentado hace un año, sobre los derechos del niño por nacer. Por qué no establecemos que esa persona por nacer también es sujeto de derechos. Si tratamos una ley de salud sexual y paternidad responsable y empezamos con los derechos del niño por nacer, vamos poniendo esta ley en el marco de lo conveniente. Intenté incluirlo, pero se me impidió, empecé entonces el camino de la resistencia.

El artículo 4 incluye que se considera primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagradas en la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Eso fue un agregado.

Tampoco fueron útiles los discursos en torno a este tema. En particular, quiero señalar dos que me parecieron confusos. Uno de la Dip. Elisa Carrió (Chaco – UCR) quien hizo una defensa desde la diferencia de género, es decir de la defensa a ultranza de la mujer. Me

parece que esto no se resuelve en ese conflicto de una guerra de sexos. También me llamó poderosamente la atención el discurso de la Dip. María Elena Barbagelata (Capital Federal – Frepaso) que explicaba acerca de un programa de salud en Rosario donde se evitaba la muerte de alrededor de 500 mujeres con una intervención de aborto. Yo le pregunté si ella no consideraba a los chicos que morían en esa operación, porque ella hablaba sólo de las madres. Falta el concepto de la vida desde la concepción.

La idea de esta charla es evaluar qué podemos hacer. Y como decía San Pablo, no hay que obedecer las leyes por temor a la sanción solamente, sino por una obligación de conciencia. Nosotros debemos trabajar en la conciencia de nuestro pueblo. Porque hay gente que yo considero recta, que ni sé qué confesión tiene, que no le hemos podido transmitir nuestra convicción de que es así. Esa es la cuestión.

Les voy a leer un email que me envió una amiga abogada de Jujuy que dice "...sigo enojada con la Iglesia...en dos oportunidades presenté un amparo ante la Justicia para que se le cosieran las trompas a dos mujeres. Una estaba internada en un neuropsiquiátrico y sufrió tres violaciones con tres partos con niños con problemas: logré sentencia favorable. La otra era madre de ocho hijos, con esclerosis múltiple y acosada por el marido, lo que le impedía tomar cualquier recaudo para evitar embarazos". Esta es una parte de la sociedad que tenemos que entender que existe. Ló-

gicamente, no se soluciona este problema con un profiláctico, porque la violencia seguirá existiendo. Tenemos que trabajar en la cultura de la vida, del amor, de la paz. Si trabajamos en esa cultura, seguramente estas cosas terribles van a suceder menos.

Entre las cosas que rebelaron mi espíritu, surgía la pregunta de por qué este ataque a la vida. Por qué esta permanente política anti natalidad. Es parte de una cultura de un mundo para pocos. Como dijo S.S. Juan Pablo II, el reparto de los bienes debe ser más justo. Y la cultura de la vida tiene que ver con estos modelos economicistas, porque en todo está la cultura del hombre al servicio del capital en vez del capital al servicio del hombre. Aquí quiero confesar la soledad que tenemos algunos cristianos cuando defendemos otras cuestiones que hacen a la cultura de la vida, por ejemplo, al combatir los excesos de estos modelos neoliberales que no son más que la explotación del hombre por el hombre. Y en eso también tenemos que ser rigurosos, resistentes, porque ahí también estamos defendiendo ese derecho a la vida.

MONS. DR. ALFREDO H. ZECCA

Rector de la Pontificia Universidad Católica Argentina

(...) El diálogo entre especialistas de diversas ciencias y legisladores no es

sólo conveniente sino necesario, a fin de plasmar, en la búsqueda en común de la verdad y el bien, un sistema legal justo y respetuoso de la dignidad del Hombre.

Estos elementos fundamentales deben ser custodiados por todos, de modo tal que "ninguna autoridad humana pueda transgredirlos apelando a la mayoría o a los consensos políticos, con el pretexto de que así se respetan el pluralismo y la democracia. Por ello, la Iglesia debe comprometerse en formar y acompañar a los laicos que están presentes en los órganos legislativos, en el gobierno y en la administración de justicia, para que las leyes expresen siempre los principios y los valores morales que sean conformes con una sana antropología y que tengan presente el bien común"¹³.

Al mismo tiempo la existencia de un Estado de Derecho implica en los ciudadanos y, más aún, en la clase dirigente, el convencimiento de que la libertad no puede estar desvinculada de la verdad (...)

Esta Casa de Estudios es el ámbito propio donde la verdad se busca y el bien común se defiende; siempre desde el diálogo, desechando todo fundamentalismo empobrecedor. Como el mismo Papa Juan Pablo II nos indica: "La Iglesia no cierra los ojos ante el peligro del fanatismo o del fundamentalismo de quienes, en nombre de una ideología con

¹³ Juan Pablo II, *Centesimus Annus*, n 46.

pretensiones de científica o religiosa, creen que pueden imponer a los demás hombres su concepción de la verdad y del bien. No es de esta índole la verdad cristiana. Al no ser ideológica, la fe cristiana no pretende encuadrar en un rígido esquema la cambiante realidad sociopolítica y reconoce que la vida del Hombre se desarrolla en la historia en condiciones diversas y no perfectas. La Iglesia, al ratificar constantemente la trascendente dignidad de la persona, utiliza como método propio el respeto de la libertad¹⁴.

Es esa la libertad que todo legislador debe garantizar y que logra su máxima plenitud en la aceptación de la verdad ¿Qué sociedad puede constituirse tal, si la libertad de sus integrantes no tiene como punto de partida la verdad? En caso de ser posible, sería muy difícil la convivencia humana pues las pasiones, los intereses personales y las mezquindades de la naturaleza humana atentarian contra ella.

En lo referido, más específicamente, a una Ley de Salud Reproductiva, creo importante recordar una vez más la abundante y coherente doctrina moral en este campo:

1. Es el amor quien carga de sentido a la totalidad de la persona, por ello debe vivirse unificando tanto la dimensión corporal como la espiritual.

2. Esa unión entre los co-principios constitutivos de la persona la trascienden y la abren a la relación con los demás para que alcance su plenitud¹⁵.

3. Mas el amor no sólo integra a la persona en sí misma, también la abre a la unión del varón y la mujer¹⁶, vínculo afectivo a la vez que fecundo "de modo que el cariño recíproco y generoso de los esposos se prolonga y hace más sólido en los hijos que ellos crían y educan"¹⁷.

De allí que el lugar propio de la relación sexual sea el matrimonio, donde ambos cónyuges expresan su amor de manera comprometida, duradera, libre de egoísmos, abiertos a la fecundidad, responsables ante la sociedad¹⁸

4. Si bien es cierto que la educación para la vida de los esposos requiere su formación para una formación responsable, ello se hará evitando "la banalización de la sexualidad, que es uno de los factores principales del desprecio por la vida naciente: sólo el amor verdadero sabe custodiar la vida. Por tanto, no se nos puede eximir de ofrecer, sobre todo a los adolescentes y a los jóvenes, la auténtica educación de la sexualidad y del amor, una formación que implica la formación de la castidad como virtud que favorece la madurez de la persona y la capacita para respetar el significado esponsal del cuerpo"¹⁹

14 Juan Pablo II, *Centesimus Annus*, n 46.

15 Juan Pablo II, *Familiaris Consortio*, n 11.

16 Conferencia Episcopal Argentina, *La Buena Noticia de la Vida Humana*, Buenos Aires, Agosto de 2000.

17 Ibidem anterior.

18 Conferencia Episcopal Argentina, *La Buena Noticia de la Vida Humana*, Buenos Aires, Agosto 2000.

19 Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*.

A BIOÉTICA
COMO PRÁXIS
ANGELO SCOLA
QUE ES LA VIDA?

PUBLICACIONES DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA



PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

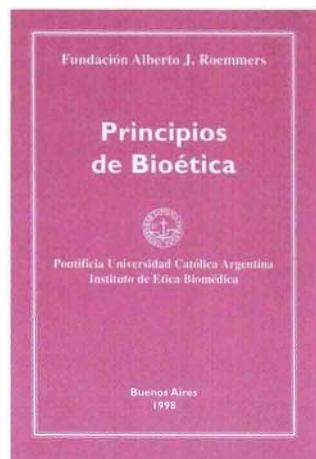
Autores

Domingo M. Basso

Hugo O. M. Obiglio.

Dos son los capítulos en que se desarrolla esta obra. El primero de ellos recoge la enseñanza del *Catecismo* sobre los principios fundamentales del orden moral; el segundo, presenta una recopilación de todos los textos que sintetizan los criterios explícitos sobre cuestiones puntuales de bioética formulados en numerosos documentos, más o menos recientes, del Magisterio de la Iglesia.

Editado por el Centro de Investigaciones en Ética Biomédica, Buenos Aires, 1993.
Pags. 134.



PRINCIPIOS DE BIOETICA

Actas del Simposio realizado del 17 al 19 de abril de 1998 en "La Armonía", Cobo, Prov. de Buenos Aires. Organizado por el Instituto de Ética Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio

Contenido: Aspectos históricos de los principios que soportan la Bioética; De los principios éticos a los bioéticos: algunas precisiones preliminares; Hacia un examen de la cuestión de los Principios de la Bioética; Examen de las actitudes y de los Principios de la Bioética contemporánea predominante; Conclusiones y esbozos para una posterior redacción de Principios.

Editado por la Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires, 1998.

Págs. 261



JORNADA POR LA VIDA

Actas del Simposio Internacional celebrado en Buenos Aires el 2 y 3 de septiembre de 1998 en la sede de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio

Contenido: Fundamentos antropológicos de la cultura por la vida; Problemática de la procreación: reflexiones sobre el inicio de la vida; ¿Cuál es el riesgo de las técnicas de fecundación artificial?; Los efectos psicológicos del aborto en la familia; El derecho ante intereses implicados en la procreación artificial; La protección constitucional del derecho a la vida; Las distintas concepciones filosóficas y la legislación europea sobre el no nacido; El derecho a la vida como fundamento de los derechos humanos; Los derechos del nascituro y la manipulación genética; Derecho a la vida y Política Nacional.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 1999.

Págs. 217.



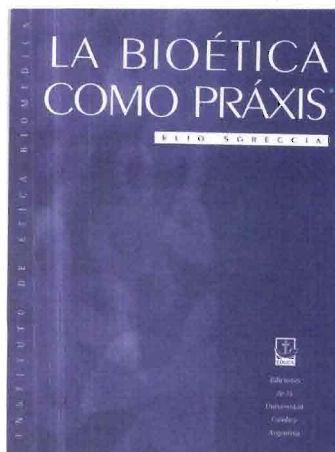
¿QUE ES LA VIDA?

Autores varios

Coordinador: Angelo Scola

Todos los fenómenos que se desarrollan con excesiva velocidad necesitan definir mejor su naturaleza y su método. Este es el caso de la bioética, donde la urgencia por regular una materia tan delicada ha llevado a dejar en segundo plano el estudio del objeto que se quiere regular: ¿qué es la vida? La bioética seguirá cuestionada mientras no se dé respuesta a esta pregunta, que es previa a todo debate. Este libro pretende ayudar al lector a profundizar en el fenómeno de la vida humana.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- para el Instituto de Ética Biomédica, junto a la Universidad Católica de Chile y la Universidad de San Pablo. Buenos Aires, 1999. Págs. 311.



LA BIOETICA COMO PRAXIS

Autor

Elio Sgreccia

Las páginas de este libro presentan el valioso aporte al saber bioético brindado por S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en las conferencias "Derechos Humanos y Bioética. De la Bioética al Bioderecho", "El Siglo XX como siglo de la Bioética" y "La asistencia médica a los enfermos y a los moribundos: la proporcionalidad terapéutica", ofrecidas durante su visita al Instituto de Ética Biomédica con motivo de la designación, por parte de la Pontificia Universidad Católica Argentina, como Profesor Honoris Causa.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000. Págs. 101



PARA ADQUIRIR ALGUNAS DE LAS
PUBLICACIONES DIRIGIRSE AL:

Instituto de Bioética de la Pontificia
Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400
C1107AFB - Buenos Aires Argentina
Fax: (+5411) 4349-0284
E-mail: bioetica@uca.edu.ar

LA VIDA FRÁGIL

Autor

José Luis Del Barco

"Seguramente, el olvido más grave de nuestro siglo, un olvido lamentable ocasionador de ruinas, haya sido dar la espalda a la sabia razón práctica, cuya lamentable ausencia de patria necesitada ha dejado a nuestro tiempo en un estado penoso de oscuridad duplicada, como una tiniebla negra fatalmente ensombrecida, y ha causado una orfandad de desamparo completo a la moral, a la ética, al derecho, a la política: a todas las ciencias prácticas. Otros olvidos podrían contemplarse con desapego o con frialdad de estatua, como el amigo fingido al amigo que se marcha, pero el de la razón práctica no, pues sin ella nos hundimos en un foso de ignorancias y nos quedamos sin medios, sin recursos, sin ideas para encarar con prudencia las dudas existenciales de la cultura de enigmas que anuncia el nuevo milenio, entre ellas, las inquietantes de la ciencia bioética".

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000.

Págs. 203

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

SOLICITUD DE EJEMPLARES

☐ Suscripción anual

☐ Ejemplar N°

Formas de pago:

☐ Cheque nominal:
a favor de Fundación Universidad Católica Argentina, no a la orden.

☐ Giro Postal:
a nombre de Fundación Universidad Católica Argentina.

☐ Depósito:
Banco Galicia Casa Central.
- Caja de ahorro en U\$S n° 9751244-9-999-7
- Caja de ahorro en \$ Arg. N° 9750179-1 999-1
(Importante: enviar el comprobante de depósito vía fax)

☐ Efectivo

Datos para la recepción de VIDA Y ÉTICA

Nombre y apellido:

Especialidad / cargo:

Domicilio: Código Postal:

Ciudad: Provincia: País:

Teléfono: Fax:

E-mail:

MONTOS DE

SUSCRIPCIÓN ANUAL

(2 ejemplares):

Argentina, \$ 22

América Latina, U\$S 22

EE.UU. - Europa -

Otros, U\$S 25

VALOR DE EJEMPLARES

SUELTOS:

Argentina, \$12

América Latina, U\$S 12

EE.UU. - Europa -

Otros, U\$S 15

Por favor, remitir el presente cupón de suscripción a:
Instituto de Bioética Pontificia Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400 C1107AFB - Buenos Aires Argentina
O vía fax al: (+54 11) 43490284