

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 4 N ° 1 J U N I O 2 0 0 3

**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

www.bioetica.com.ar

EJEMPLAR
ARGENTINA \$27.-
AMÉRICA LATINA U\$S10.-
EE.UU. - EUROPA - OTROS U\$S15.-

SUSCRIPCIÓN ANUAL
ARGENTINA, \$50.-
AMÉRICA LATINA, U\$S20.-
EE.UU. - EUROPA - OTROS U\$S25.-

DIRECCIÓN Alberto G. Bochaty

**COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA** Marina López Saubidet
María Graciela Juliano

DISEÑO GRUPO UNO

EDICIÓN  **EDUCA**
Ediciones de la Universidad Católica Argentina

IMPRESIÓN Estrategia & Diseño
lampo14@yahoo.com

AÑO 2003

ISSN 1515-6850

Queda hecho el depósito legal que marca la ley 11.723. Derechos reservados.
Se autoriza la reproducción total o parcial, citando la fuente y el nombre del autor
en forma explícita.

Los artículos que se publican en esta revista son de exclusiva responsabilidad de
sus autores y no comprometen la opinión del Instituto de Bioética ni de la
Pontificia Universidad Católica Argentina.

SUMARIO

ARTÍCULOS *pág. 9*

pág. 25

BIOÉTICA: AUTOBIOGRAFÍA INTELLECTUAL
Dr. José Alberto Mainetti

pág. 41

ASESORAMIENTO ÉTICO A PAREJAS ESTÉRILES
Dra. María Luisa Di Pietro

pág. 71

ASPECTOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS DE LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA
Hacia una propuesta auténticamente humana.
Pbro. Fernando Chomali Garib

pág. 85

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD
Dra. Zelmira Bottini de Rey

EL PERSONALISMO EN LAS DIVERSAS ÁREAS CULTURALES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

OPINIÓN Y COMENTARIOS *pág. 101*

pág. 111

ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA
Pbro. Dr. Pablo Zanor

pág. 123

FILIACIÓN POR DACIÓN O ABANDONO DEL CONCEBIDO CRIOCONSERVADO.
TÉCNICAS DE PROCREACIÓN HUMANA ASISTIDA.
REGLAMENTACIÓN LEGAL EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.
Prof. Dra. Catalina E. Arias de Ronchietto

CLONACIÓN: PANORAMA LEGAL MUNDIAL. LÍMITES JURÍDICOS VS. LIBERTAD DE INVESTIGACIÓN. EFECTOS EN EL DEFECHO DE FAMILIA.
Patricia Kuyumdjian de Williams

DOCUMENTOS NACIONALES *pág. 139*

pág. 143

EMBARAZOS INCOMPATIBLES CON LA VIDA
Declaración del Instituto de Bioética, UCA

¿OVULACIONES MÚLTIPLES EN LA MUJER?
Aclaración del Instituto de Bioética
Pontificia Universidad Católica Argentina

DOCUMENTOS INTERNACIONALES *pág. 147*

pág. 157

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA: PARA UNA VISIÓN CRISTIANA

CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS PROYECTOS DE RECONOCIMIENTO LEGAL DE LAS UNIONES ENTRE PERSONAS HOMOSEXUALES

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. Bochaty, O.S.A.

Investigadores

Dra. Margarita Bosch

Dra. Zelmira Bottini de Rey

Pbro. Rubén Revello

Colaboradores del Instituto

Lic. Teresa Baisi

Dra. Marina Curriá

Dra. María C. Donadio de Gandolfi

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Dr. Armando García Querol

Dr. Lorenzo García Samartino

Dra. Dolores García Traverso

Dra. Patricia Kuyumdjian de Williams

Dra. María Liliana Lukac de Stier

Dra. María José Meincke

Dr. Mariano Morelli

Dr. Carlos Mosso

Lic. Josefina P. de Videla

Lic. Alejandra Planker de Aguerre

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



EDITORIAL

Estimado lector:

Con esta nueva entrega de nuestra **VIDA Y ÉTICA** queremos renovar nuestro compromiso como protagonistas de nuestra propia vida en tiempos de desafíos y responsabilidades. Sabemos que debemos asumir la vida que se nos ha dado con todo el entusiasmo de quien construye, desde abajo, pero no desde la nada. La ética y la Bioética son dimensiones fundantes y fundamentales para la sociedad de hoy. Debemos mirar nuestra historia y conocerla, amarla y plenificarla para enriquecer, aún más, los logros y no repetir errores.

Esta perspectiva nos llevó a pedirle al Dr. José Alberto Mainetti, uno de los padres de la Bioética en Argentina y en América Latina, que nos contara su "Autobiografía intelectual". Él aceptó muy generosamente y lo hizo con el arte, la sinceridad y sencillez que lo caracterizan y que son propias de los sabios. Creo que su relato es un excelente introductor para que el Dr. Mainetti se sume a la "galería" de personalidades bioéticas que hemos ido presentando en **VIDA Y ÉTICA** (ver: Sgreccia, Elio, "La Bioética Personalista", Año 2, N° 2, Págs. 7-15 y Pellegrino, Edmund, "Bioética de las virtudes. Experiencia clínica", Año 3, N° 2, Págs. 7-17)

La Dra. Di Pietro nos presenta una reflexión muy original y necesaria en relación con el "Asesoramiento ético a pa-

rejas infértiles". Este asesoramiento es brindado raramente y son muy pocos los que lo saben hacer. Pensamos que este artículo hará descubrir nuevas dimensiones del problema, del dolor que enfrentan las parejas infértiles y de los caminos de acompañamiento que se pueden ofrecer. A continuación, el Pbro. Dr. Chomali aborda el complejo tema del VIH/SIDA, presentando una visión integral con relación a la prevención de su contagio y destacando el fuerte componente moral que esta problemática encierra. La Dra. Bottini de Rey, investigadora de nuestro Instituto de Bioética, aborda el tema de la "Educación de la Sexualidad" desde la visión personalista y bioética, a partir de sus estudios y observaciones en el trabajo cotidiano con jóvenes, padres y profesionales de la salud.

El suscrito, comparte con Uds. la presentación que realizó en Roma, en el Congreso que precedió a la constitución de la Federación Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiración Personalista (FIBIP), en la cual quiso sintetizar una lectura crítica de los principios anglosajones de la Bioética, desde la visión de América Latina y el Caribe y proponer los principios personalistas, fundamentando su mejor aceptación y adaptabilidad a la persona y a la realidad latinoamericana. Al mismo tiempo, presentó el "método triangular" de la Bioética Personalista que propone Sgreccia y comentó Pessina.

El lector encontrará también buenas reflexiones, desde la Teología, sobre sexualidad y procreación (P. Zanon) y, desde el Derecho, sobre la crioconservación de embriones (Arias de Ronchietto) y la clonación (Kuyumdjian de Williams).

Creo que el 2003 será recordado como un año fundamental en la vida de la Bioética Personalista, por la concreción de una aspiración largamente esperada: la fundación de la Federación Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiración Personalista (FIBIP). Desde hace varios años, en diferentes foros y conversaciones -tanto académicas como sanitarias y personales- expresábamos la necesidad de encontrar un ámbito propio para aquellos que vivimos la Bioética desde el personalismo ontológicamente fundado. Finalmente, impulsados por Mons. Elio Sgreccia y gracias a su liderazgo y prestigio, pudimos ver el nacimiento de la FIBIP el 10 de junio del presente año.

Esta Federación, sin fines de lucro, persigue objetivos de solidaridad social, humana, civil y cultural. Nace de la convicción de que las decisiones y orientaciones que surgen en el ámbito de las ciencias biomédicas tendrán una importancia fundamental para el futuro de la Humanidad. Siendo conscientes de la situación de pluralismo que se vive en la Bioética internacional, sabemos que la reflexión sobre el valor de la persona humana puede ayudar a encontrar puntos y

orientaciones comunes en un espíritu de diálogo y de respetuosa pluralidad en la búsqueda del bien verdadero, incentivando la construcción de un humanismo pleno y solidario, con especial atención hacia las personas más vulnerables y hacia los países menos aventajados desde el punto de vista sociosanitario.

La FIBIP tiene como objetivo activar la colaboración para identificar y profundizar los temas bioéticos, para enriquecer la perspectiva metafísica del Hombre, sabiendo que la mente humana tiene la capacidad de conocer la verdad

misma del Hombre, la ley moral y los fundamentos de la justicia.

El Instituto de Bioética de la UCA y **VIDA Y ÉTICA**, saluda esta iniciativa que nos encuentra no sólo adheridos como socios fundadores, sino comprometidos con sus fundamentos y objetivos.

Amigo lector, gracias una vez más por elegirnos y por su interés por la Bioética... ¡Qué tenga buena lectura!

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



Participantes de las Jornadas de fundación de la Federación Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiración Personalista (FIBIP) y primera Comisión Directiva (Roma, 10 de Junio de 2003).

BIOÉTICA: AUTOBIOGRAFÍA INTELLECTUAL

*Conferencia dictada en el Instituto
de Bioética de la Pontificia
Universidad Católica Argentina
-17 de mayo de 2003-*

Dr. José Alberto Mainetti

Director del Instituto de Bioética y Humanidades Médicas. (Fundación Mainetti, Gonnet, Buenos Aires, Argentina)

Palabras clave

- Medicina
- Filosofía
- Humanidades Médicas
- Bioética

PRESENTACIÓN

Les agradezco el honor de ocupar esta prestigiosa cátedra y el placer de vuestra compañía académica. Tengo por Alberto Bochatey entrañable admiración y afecto, a quien conozco desde hace muchos años y siempre consideré una brillante promesa -hoy realidad- de la bioética cristiana en nuestro país. Como amigo y hermano en la Fe de Alberto, mi lección se va a inspirar en el *mihi quaestio factus sum* agustiniano y hablaré de la bioética en cuanto autobiografía intelectual. Sé de los riesgos del género autobiográfico: es inmodesto (el más inmodesto de los ejercicios literarios), esquizofrénico (desdoblamiento del yo narrativo) e impúdico (afecta la intimidad de terceros). Pero es insuperable como testimonio, y en mi caso, por regalo del cielo y por servidumbre de la edad, a la bioética la vi nacer y, entre nosotros, me consideran comúnmente el padre -y yo diría ya el abuelo- de la misma. Voy pues a contar a ustedes mi historia bioética.

El esquema de mi presentación se apoya en la distinción clásica de tres etapas en la vida académica: -formación/peregrinación/magisterio- a la que agregó (siguiendo a mi maestro Laín) la etapa testamentaria. En los años de magisterio inscribo la incorporación de la bioética a lo largo de tres décadas, distinguiendo tres momentos: recepción, asimilación y recreación (se trata de una metáfora digestiva, útil para describir un

proceso de transculturación histórica, como es el caso de la bioética (*made in America*). En cada una de esas fases se relata la historia personal, institucional y conceptual referente a la bioética. Se concluye en la definición de una bioética filosófica, vale decir *crítica, radical, y global*.

Como guía de la exposición téngase presente el siguiente cuadro:

Tras la bioética: una autobiografía intelectual

1. Los años de formación y peregrinación (1960-)
2. Los años de magisterio y la incorporación de la bioética
 - 2.1. El Instituto de Humanidades Médicas y una recepción crítica (1970-)
 - 2.2. La Cátedra de Humanidades Médicas, la Cátedra de Antropología Filosófica y una asimilación radical (1980-)
 - 2.3. La Escuela Latinoamericana de Bioética y una recreación global (1990-)
3. Los años testamentarios o la última navegación (2000-)

1. Los años de formación y peregrinación

Brevitatis causa, no hablaré de mis años de formación, la escuela primaria con los hermanos maristas y la secundaria con los padres bayonenses, y luego

las dos carreras universitarias, la de medicina y la de filosofía, egresando en 1962 de la Universidad Nacional de La Plata con los títulos de Doctor en Medicina y Profesor en Filosofía (este último complementado con el de Doctor diez años más tarde). Pero fue esta condición intelectual centáurica, mezcla de dos naturalezas difícilmente conciliables o acaso contradictorias, la que impulsó mis años de peregrinación, empezando por París entre 1962 y 1963.

Descubrí a Quirón entre los "primeros inventores" (*protoi eurontes*) del arte médico. Siempre me interesó la razón por la cual Quirón fue para los antiguos griegos el origen del arte. Llegué a la conclusión de que en realidad los médicos somos medio caballos...

Se han dado otras interpretaciones, sobresaliendo la política de Maquiavelo en El Príncipe. Sostiene que los clásicos helénicos en forma metafórica o alegórica sugerían que el Príncipe debía disponer de la doble naturaleza: la humana y la equina. Cuando el gobernante no logra dominar al gobernado por la razón o la persuasión, debe recurrir a las artes de la bestia: la astucia o la fuerza. Napoleón, Cristina de Suecia y el mismo General Perón en el famoso discurso del año '49 en el Congreso Mundial de Filosofía (Córdoba) aprobaron esta versión de Maquiavelo. Pero Quirón es el símbolo fundamental de la medicina por ser el

curador herido. Siendo un olímpico, hijo de Cronos (Saturno) y una ninfa, Filira, era un inmortal. Él, que es un chamán, cura con las plantas, con el bisturí, con la palabra, con la música, él es herido accidentalmente. Su herida es incurable, una úlcera inveterada del pie (llamada "quironion" en el diccionario médico). Suplica entonces a los dioses que le dejen morir, cosa que finalmente le conceden, pasando la inmortalidad de Quirón a Prometeo, según la economía de la culpa en el mito griego, y Quirón pasa a ser la resplandeciente constelación de Sagitario y la estrella más cercana del firmamento que llamamos *Alpha Centauri*.

Se trata de un mito muy rico y poco estudiado sobre el origen del arte. Está allí presente el gran tema de la eutanasia, del morir, del permiso a los dioses y cómo se negocia esa situación. Es el curador herido, hasta que él mismo no está herido no entiende la verdadera dimensión del arte (*medicus cura te ipsum*). Él no puede morir, no tiene más remedio que sufrir eternamente. Pero logra negociar ese sufrimiento y obtener de los dioses el tránsito a la inmortalidad.

Soy apasionado de Quirón y los centauros en general. La revista *Quirón* es un tesoro literario y plástico del centauro. El tema de la continuidad de la experiencia en la educación de Aquiles es otra de las grandes narrativas quironianas que hago propia en mi vida. Mi padre

fue mi maestro en medicina, carrera que seguí por él (no quiero ahondar en los complejos de Edipo, pero no puedo negar su magisterio). En París tuve dos maestros que me ayudaron a transitar la simbiosis de la medicina y la filosofía. Uno fue Paul Ricoeur, quien aún vive con más de 90 años y es uno de los grandes filósofos del siglo XX. Yo iba a su casa en las afueras de París en los años '60. Él había dejado Estrasburgo y profesaba en La Sorbona con una fama increíble, cosa curiosa porque era un ascético traductor de Husserl y sin mayores virtudes didácticas, pero estaba de moda. Trabajaba entonces sobre Freud y la interpretación y le interesó mi proyecto epistemológico sobre el diagnóstico. Yo había escrito una tesis sobre el problema del conocimiento médico en el diagnóstico utilizando la fenomenología y las nociones de símbolo, signo y síntoma. A Ricoeur le gustó y me aceptó a su lado. Pude disfrutar varias tardes cuando nos reuníamos en su casa. Aprendí de la relación de la medicina y la filosofía por un filósofo que estudiaba el psicoanálisis y escribió en 1963 su libro *Freud o de la interpretación*. Él me aconsejó que me acercara al grupo psicoanalítico de París, cosa que hice tratando de ver si la práctica clínica todavía era viable para mí. Me acerqué a la escuela, al equipo dedicado a la medicina psicosomática. También estudié con Georges Canguilhem, médico y filósofo, especialista en historia de las ciencias y profesor de La Sorbona donde dictaba un

curso sobre el tema de su vida académica: lo normal y lo patológico. Él era el sucesor de Bachelard y el maestro de Foucault. Íbamos recorriendo caminos que van a dar en la crisis de la ciencia y particularmente de la medicina en la posmodernidad.

Pero en realidad mi sueño dorado era ir donde estaba mi maestro desde siempre, Don Pedro Laín Entralgo. Leíamos en la facultad un libro suyo, *La historia clínica*, una obra fundamental para la visión humanista, historiográfica y antropológica de la medicina. Pero no conseguí llegar a la cátedra de Don Pedro en los años '60 cuando estaba en mi período de viajes. Al comenzar los '70 estuve en su cátedra como becario y gocé de su amistad, la del hombre a quien más admiro y debo en mi vida. Justamente en esa época Diego Gracia llegaba a la escuela. Recién se había recibido de médico, estaba haciendo psiquiatría, conoció a Don Pedro y ya no se apartó más de él. Con Diego fuimos condiscípulos fraternos pues estábamos en la última hornada discipular de Don Pedro y entre nosotros repartió su patrimonio intelectual: a Diego le hizo seguir a Zubiri y a mí a Ortega, con lo cual pasé de maravillas mi primera estancia madrileña.

¿Cómo nace allí lo que después vendría a ser la bioética? Ésta tenía su engendro con la historia de la medicina y la antropología médica en la escuela lai-

niana. Esa estadía fue muy importante, constituyó mi carta de navegación académica. Cuando volví a La Plata formé el Instituto, me di cuenta de que la medicina necesitaba un blindaje humanístico y que ya estaba madura la historia como para intentar una institucionalización del humanismo en consonancia con las *medical humanities* que se estaban dando en forma simultánea en los Estados Unidos.

Guardo con Zubiri también el recuerdo de una excelente relación, quien fue muy generoso conmigo. Trabajé con el tema del cuerpo en Zubiri como lo hice con Ortega y Gasset, Unamuno y más tarde con Pedro Laín Entralgo. El puente entre la medicina y la filosofía fue la problemática del cuerpo en la filosofía contemporánea según la orientación fenomenológico-existencial. *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano* fue mi tesis de doctorado en filosofía (1972)

Volvemos al centauro y al conflicto del cuerpo y el alma como símbolo de la condición humana. Así en el arte, *Alma y Cuerpo* de Rodin y en letras entre tantos el poema de Marechal que dice: "En una tarde antigua/ cuyo paso de loba/ fue liviano a la tierra/ pero no a la memoria, / extraviado el sendero/ que ilumina la Rosa, vi al centauro dormido/ junto al agua sonora". Himno al paganismo, al resurgimiento de los dioses griegos.

El tema del centauro siempre me atrajo. Cuando creamos la fundación en

el año 1969 introduje su emblema, el símbolo del centauro Quirón, al que le dediqué continuos estudios. El mensaje del humanismo en medicina nació en parte de esta figura mitológica. Así diseñé este centauro basado en la cerámica griega arcaica, una figura muy sugestiva. Lleva la flecha en la zona intermedia de sus partes porque los monstruos suelen ser más vulnerables en la coyuntura (y la enfermedad siempre es psicósomática), ya que en verdad la flecha le había herido en el pie. Este es Quirón, *de keiros, keir*, manos en griego, el centauro diestro, el cirujano herido.

El humanismo como el espíritu de la medicina se basa fundamentalmente en el siguiente trípode. Primero, la consideración del hombre *sub specie infirmitatis*, bajo la forma de la enfermedad. Ésta entendida ontológicamente, como finitud, vale decir la vulnerabilidad, la caducidad y la terminalidad de la condición humana. Estas situaciones límite le dan a la medicina el contenido humanístico. Por eso ella se mueve en el plano antropológico, el de la existencia humana que debe ser atendida, tanto más hoy cuando se ha medicalizado la vida y tenemos nacimiento asistido, sexo asistido, muerte asistida. Se suma a esto la utopía de la salud en la posmodernidad, que considera la vejez como una enfermedad, el dolor como un sin sentido, la muerte como un mal absoluto. Y a la *infirmitas*, a la condición del hombre vulnerable, caduca

y mortal que atiende la medicina le corresponde en equilibrio simétrico lo que llamamos la cura. De actualidad significativa en bioética, el concepto de cura o de cuidado tiene también un mito fundador en la diosa de la cura de los antiguos romanos. Se dice que la diosa del cuidado, un día caminando, perdida en sus cavilaciones llega al lecho de un río y comienza a modelar una figura de barro, es decir, crea a la criatura humana a la que Zeus le da la vida con el soplo divino. Entonces se plantea el conflicto: ¿a quién pertenece el hombre? Cronos, el dios del tiempo (Saturno) es quien va a resolverlo. Zeus alega que el hombre le pertenece porque le dio el espíritu y Tellus (la tierra) también reclama que le pertenece porque es de barro. Cronos resuelve según el orden del tiempo: cuando el hombre muere, su cuerpo vuelve a la tierra y su alma a dios, pero mientras vive, el hombre pertenece al cuidado. Esta categoría de la cura o el cuidado, que Heidegger recupera en *Ser y tiempo*, es central para comprender el humanismo en general y el médico en particular.

Finalmente, el orden moral del humanismo consiste en la virtud, *virtus*. Las virtudes cardinales del médico son la compasión y el respeto. En general siempre se ha hecho hincapié en la compasión porque la enfermedad genera una minusvalía, el enfermo provoca simpatía porque sufre. Pero también merece respeto porque está ejerciendo la condición

humana *in actu exercitu*, como diría un escolástico. Tomando una distinción de Zubiri sobre los verbos ser y estar en nuestra lengua, digamos que la enfermedad es el estar del ser del hombre. Porque en la enfermedad la finitud toma cuerpo (una cosa es hablar de muerte y otra es morir -según vulgar sentencia). La experiencia de la enfermedad siempre convoca a ese ejercicio de la condición humana. Por ese ejercicio, el enfermo merece respeto, no solamente compasión porque compasión se puede tener por un animal, pero no respeto, que sólo se guarda hacia la persona, entendida dentro de las categorías clásicas y del pensamiento moderno, principalmente kantiano.

Esta es la configuración del humanismo como tema socorrido en los años '60 y '70. Antes de terminar la peregrinación bajo el signo de Quirón, cabe hablar de la quimera, la fantasía y la realización de la quimera hoy con las biotecnologías. La quimera, que es en la mitología el monstruo formado con partes de distintos animales, es también la metáfora del imaginario, de la poesía, de la creación del hombre, de lo que Quirón también muestra: la ambivalencia. La bioética es la respuesta racional a la biología quimérica por la que estamos intercambiando materiales genéticos en una suerte de nueva alquimia o algenia transformadora de la vida, pero quimera es también la fantasía, la imaginación, la poesía y la utopía.

2. LOS AÑOS DE MAGISTERIO Y LA INCORPORACIÓN DE LA BIOÉTICA

2.1 El Instituto de Humanidades Médicas y una recreación "crítica" (1970-)

Dejamos atrás los años de peregrinación bajo el diseño de un mito e ingresamos en los años del magisterio y la incorporación de la bioética. Desde los años '70 en el *Instituto de Humanidades Médicas* logramos cultivar estas disciplinas que terminarían convergiendo en lo que después se conoció como bioética. Propusimos introducir la historia de la medicina, la filosofía de la medicina y los testimonios literarios en medicina (las tres introducciones de la Facultad Humanística). Realmente el *Instituto de Humanidades Médicas* y la Cátedra homónima en la década del '80 fueron un modelo que no existía sino en los Estados Unidos y desde aquí se generalizó en nuestro país y la región.

¿Por qué afirmamos que esta etapa de incorporación de la bioética durante la década del '70 con el *Instituto de Humanidades Médicas* se caracteriza por la recepción crítica? Primero, porque como con todo producto que viene de afuera, éramos cautelosos en su incorporación. Además, la bioética insistía en la autonomía, rompía con el modelo tradicional paternalista. Parecía un producto *made in USA* y no adaptable a nuestra idiosincrasia. Desde el punto de vista del

estamento hipocrático vernáculo, la bioética era moda americana. Pero es crítica también la recepción porque en los años '70 ocurre lo que podemos llamar la medicina posmoderna, un giro relativista tanto en lo epistemológico como en lo moral. Esta crítica o autocrítica de las ciencias, nuevos modelos epistemológicos tipo Kuhn, llevan a la medicina a cuestionarse. Por primera vez la medicina posmoderna tiene críticos furibundos como Ivan Illich que escribió en el año 1975 su famosa *Némesis Médica*. Comienza este libro con la sentencia "el estamento médico es la peor amenaza para nuestra salud." ¿A quién se le hubiera ocurrido escribir esto previamente? Comienza una crítica muy seria a la medicina por su carácter contraproducente, ciencia y técnica siempre identificadas con la salud, con el progreso, con los bienes propios de la cultura, profesión e institución social prácticamente insospechada de otros intereses que no fueran el bienestar de la humanidad.

Este cuestionamiento es muy importante en la recepción de la bioética entre nosotros, pues no recibimos la bioética como un recetario de ética para tomar decisiones sino que la recibimos con actitud crítica, como una crítica de la razón médica, la necesidad de reformularnos un nuevo paradigma de la medicina. Eso lo tenían muy claro Laín Entralgo, Diego Gracia y todos cuantos al estilo europeo nos cuestionábamos en-

tonces la teoría y la práctica médicas.

Humanidades médicas, filosofía de la medicina y bioética, para nosotros, desde esta perspectiva, se fundían y confundían por una actitud crítica en el doble sentido: de cautela en la incorporación de un producto extraño y de búsqueda de una racionalidad crítica respecto del modelo de medicina que estaba en crisis.

De ahí que nos fuera muy útil el concepto de las *medical humanities*. Son importantes para registrar un paso histórico, porque en los Estados Unidos el auténtico estamento hipocrático y asistencial recibió la bioética con buenos ojos gracias a la labor de las *medical humanities*, de las cuales sin duda el epónimo es Pellegrino. Éste había fundado y dirigía el *Institute on Human Values in Medicine*, sección de la *Society for Health and Human Values* (1969). Este médico educador, epidemiólogo y clínico que dirigió el *Kennedy Institute of Bioethics*, el centro académico más avanzado en bioética del mundo, es un hombre clave en el desarrollo de la bioética norteamericana como impulsor de las *medical humanities*. ¿Qué significan las *medical humanities*? Fundamentalmente un nuevo estatuto epistemológico y pedagógico de la medicina.

El *Instituto de Humanidades Médicas* de la Fundación Mainetti fue paralelo a ese desarrollo armonizando las corrientes *lainiana* de antropología médica

y filosófica con las *medical humanities* norteamericanas que tenían una propuesta pedagógica, la de incorporar a la formación médica la cultura humanística. Las *medical humanities* respondieron a un proyecto político, el famoso *endowment* o subsidio para las humanidades que el Congreso de Estados Unidos promulgó en 1965. Cuando uno lee esta declaración de principios, sorprende la profética visión. Reza: "una elevada civilización no debe limitar sus esfuerzos sólo a la ciencia y la tecnología sino que debe dar pleno valor y soporte a las otras grandes ramas de la actividad cultural y académica humanas a fin de alcanzar una mejor comprensión del pasado, un mejor análisis del presente y una mejor visión de futuro" -obsérvese la integración de tres perspectivas: conservadora, pragmática y utópica-. "La democracia reclama sabiduría y visión en sus ciudadanos, y debe por tanto incentivar y apoyar una forma de educación diseñada para hacer de los hombres maestros de su tecnología y no sus sirvientes ignorantes."

Se postula así la urgencia de una contracultura a la del "cierre de la mente americana" (Alan Bloom). La preocupación por las humanidades hizo carne inmediatamente en la medicina. Con la introducción de las *medical humanities* se comenzó a flexibilizar el ambiente académico. Entre las disciplinas como la historia, la filosofía, la religión y el derecho que se acercaron a los asuntos médicos,

apareció la bioética. Porque la bioética tuvo otra gran raíz en los Estados Unidos, que proviene de los abogados y de los teólogos como extraños morales que empezaron a asomarse al mundo médico con sus desafíos que, increíblemente, nunca antes había convocado la medicina.

Lo que pasa en la medicina es siempre atractivo desde el punto de vista filosófico y antropológico, pero nunca fue seriamente observado. La medicina era un recinto, un templo en el que no se podía meter nadie, y los médicos tenidos por sacerdotes insobornables. El asalto al orden médico tradicional, la "toma de la pastilla" se produce con la bioética, que es fundamentalmente la fórmula explosiva de un *bíos* tecnocientífico y un *ethos* liberal. Cuando ambos se juntan en los años '60 ocurre el nacimiento de la bioética. Previa a su llegada, la medicina intentaba con las humanidades un nuevo estatuto epistemológico y pedagógico.

La medicina, a lo largo del siglo pasado, atraviesa tres etapas en la evolución de su estatuto epistemológico. La primera arranca sobre todo con el informe Flexner en 1910, que consagró el modelo científico natural; la segunda etapa es el estatuto científico social tras la II Guerra Mundial, con la definición de la OMS de la salud como bienestar, incorporando las ciencias humanas (la psicología, la antropología, la sociología, la economía, etc.). La tercera etapa arranca

con los años '70 cuando comienza a hacer crisis el modelo sanitario de hospitalización y especialización y hace falta el médico de familia y la atención primaria. Este movimiento restaura la formación humanística en el perfil profesional, cuyas nuevas armas son las artes de la comunicación y las ciencias humanas en la atención de la salud.

El estatuto pedagógico consiste en reconocer la formación humanista junto a la formación técnica. Evidentemente la medicina como cualquier otra profesión, requiere de un buen oficio (el hacer bien), pero además de la competencia técnica exige la rectitud moral (ser alguien de bien). La medicina tiene que ver con el *oficium*, pero también, como bien diría Cicerón, con el *beneficium*, es decir, que produce un bien, de acuerdo con una autoridad moral respecto de lo que el bien es. Esto lo ha sabido mantener la medicina, como lo ha sabido mantener el sacerdocio (y como no lo ha sabido mantener en el mismo grado el derecho). El principio de beneficencia y la teoría de la virtud son el eje de la moral médica. El agente virtuoso, el sujeto racional libre, es benevolente, beneficente y benefactor según la tradición hipocrática.

El *Instituto de Humanidades Médicas*, nuestra tribuna durante los años '70, entre otras cosas, publicó la revista *Quirón* que data de 1970 y hoy se subtítulo *Medicina y Bioética* aunque sus pa-

sos son más cansinos, no anda al galope con el vigor que *Quirón* tuvo en sus años juveniles. En cualquier caso, con la andadura del Instituto de Humanidades Médicas me tocó ser centinela del humanismo médico en tiempos interesantes y trasplanté la bioética a estas latitudes, siendo de ella el pionero en América Latina. Un testimonio de ello nos da James Drane: "Identificar el origen de la bioética en los Estados Unidos es materia de considerable controversia. Pero la historia de la bioética latinoamericana es en alto grado la historia de un solo hombre".

Durante esos años, en los que se realizaron también los *Coloquios de Humanidades Médicas*, se fue formando un corpus doctrinal de humanidades médicas, pensando según la escuela *lainiana* en una antropología médica.

Esta etapa de recepción de la bioética se gestó en un marco propicio de relaciones personales e institucionales, empezando por Tristram Engelhardt, muy amigo mío desde el primer momento. Nos conocimos epistolarmente en referencia a nuestras cosas comunes como nuestros respectivos libros sobre el cuerpo; ambos éramos médicos y filósofos y el destino nos juntaba. Lo invité a la Argentina en 1973, para participar de un primer encuentro de humanidades médicas al que también concurrió Diego Gracia, oportunidad en la que tendimos el puente bioético La Plata - Madrid -

Washington. Tristram dirigía entonces el Departamento de *Medical Humanities* en Galveston de la Texas University Medical Branch. Nos juntamos con Diego y comenzó a tomar fuerza el modelo que epilogó en 1978 cuando se organizó el IX Congreso Interdisciplinar de Filosofía y Medicina en Madrid, donde se unieron las escuelas americana y española encabezadas por Edmundo Pellegrino y Pedro Lain Entralgo, respectivamente. Comprendimos que la bioética era el nuevo campo que se abría en la convergencia de las humanidades médicas. Por eso podemos decir que la bioética nace en Latinoamérica en parte por nuestra escuela, como nace en Europa por la escuela de Madrid. La excepción aquí fue el Padre Francisco Abel, ginecólogo y jesuita, que se formó en bioética con el fundador del *Kennedy Institute*, el médico holandés Andre Hellegers, y estableció en Barcelona el *Instituto Borja*, según el modelo norteamericano.

2.2 La Cátedra de Humanidades Médicas, la Cátedra de Antropología Filosófica y una asimilación "radical" (1980-)

En la década del '80 creé la cátedra de Humanidades Médicas en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Entendí que había que llevar a la academia la formación humanista de los médicos. Era una cátedra de posgrado cuyo objetivo no fue desasnar médicos, cosa que hecho

durante toda la vida en los cursos de posgrado, sino formar especialistas en medicina y disciplinas humanísticas, llámense filosofía, literatura, derecho, historia. Es decir, se trató de cultivar las humanidades y aplicarlas a la medicina. Modestamente tuve el resultado esperado. Hoy están a su cargo mis sucesores, yo he dejado la cátedra hace diez años y existe discipulado importante con el cual la cátedra se consolida y sigue teniendo una irradiación nacional y regional significativa.

La cátedra fue el espacio de reflexión para la crisis de la razón médica y la introducción de la filosofía de la medicina y su nuevo paradigma humanístico. Al mismo tiempo, como yo estaba también a cargo de la cátedra de Antropología Filosófica (que es la filosofía del hombre o de la cultura) en la Facultad de Humanidades, tendí el puente bioético entre una y otra. Desde esta cátedra entendía la bioética como algo más que un paradigma médico, es decir, como un fenómeno cultural. Creo que eso es hasta hoy la bioética: un fenómeno cultural que va enanado en el desarrollo de la tecnociencia y tiene sus raíces en la catástrofe ecológica, la revolución biológica y la medicalización de la vida. Como respuesta a ello, la bioética se convierte en una disciplina. La bioética es también un movimiento social, pues se traduce en una reforma o revolución. La bioética a mi juicio es revolucionaria porque, como dice Ortega y Gasset, "una rebelión corrige

abusos, pero una revolución cambia los usos". De alguna manera, los nuevos usos del cuerpo constituyen el patrimonio intelectual y fiscal de la bioética, el *habeas corpus* de la revolución biológica

Esta concepción de la bioética que excede el modelo médico hace radical nuestra incorporación de la disciplina en la etapa que llamamos de asimilación. Radical es la bioética en tanto radicada en la antropología filosófica, filosofía del hombre o de la cultura. Así como *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina* es uno de mis libros iniciales de la serie bioética, en el cual insisto en el paradigma médico, desde la cátedra de Antropología Filosófica elaboré la tesis de Homo infirmus, siguiendo una larga tradición que llega hasta los trabajos de Arnold Gehlen, Scheler, Ludwig Klages y otros que han dado forma a esta perspectiva, fundamentalmente alemana. Con ella me reencontré en la escuela de Heidelberg, donde mantenía contacto desde mis años de peregrinación, en particular con Dietrich v. Engelhardt, filósofo, catedrático de historia de la medicina y bioeticista egregio, cuyo magisterio recoge con entusiasmo nuestro país.

Durante esta etapa de asimilación radical en los ochenta, realicé el *Intensive Bioethics Course* del Kennedy Institute of Ethics (1984), meca de los bioeticistas de todo el mundo y conquis-

ta para mí de nuevos amigos y relaciones, entre ellos W. Reich y Sandro Spinsanti. Visité también el apacible y fecundo Hastings Center, alternando con Callahan y colaboradores del *think tank*. Memorable fue el viaje a Manila (Filipinas) con un grupo de distinguidos colegas norteamericanos organizado por la *International Federation of Catholic Universities* -IFCU- para fundar allí un Centro Regional de Bioética en la Universidad de Santo Tomás. De la partida fue Francesc Abel, en la misión (¿imposible?) de defender la fe bioética entre los dominicos.

Las Jornadas de Humanidades Médicas en la cátedra homónima en la Universidad Nacional de La Plata fueron el cenáculo nacional e internacional de la bioética incipiente entre nosotros. Los simposios de antropología filosófica en Buenos Aires, Roma y Tubinga fueron un test de presencia de la bioética en el pensamiento contemporáneo y oportunidad de encuentro con famosos como G. Gusdorf, E. Morin, J. Brun, J. Marías.

Epilogo de esta etapa académica de asimilación de la bioética fue la incorporación a la Universidad de La Plata como Doctor Honoris Causa de Don Pedro Laín Entralgo. Me cupo el honor del discurso de recepción y la gracia de un espaldarazo insobornable a las humanidades médicas en el año '85.

2.3 La Escuela Latinoamericana de

Bioética -ELABE- y una recreación "global" (1990-)

La tercera y última etapa de los años de magisterio y la incorporación de la bioética corresponde a la ELABE y una recreación global. Ésta consiste en la toma de conciencia bioética como identidad cultural y problemas comunes en un contexto geopolítico determinado. La década del '90 es la de la institucionalización de la bioética entre nosotros y su federación, es decir, la red de asociaciones internacionales y regionales de la misma. Así nace la Escuela Latinoamericana de Bioética -ELABE-, una creación nuestra, dirigida esos años por Juan Carlos Tealdí. La ELABE de la Fundación Mainetti fue la primera iniciativa de trabajo académico en nuestra área de influencia cultural, un programa de entrenamiento para formar recursos humanos con liderazgo en la disciplina en sus países de origen, al mismo tiempo que proveyó un foro de intercambio cultural y científico a través de la Región. El *Curso Internacional de Bioética* fue profesado por los bioeticistas más prominentes del mundo a lo largo de la década. Nuestro sitio en el Centro Oncológico de Excelencia ofreció todas las posibilidades para la propuesta bioética, como es el caso del comité de ética asistencial (el primero en nuestro país) y la unidad de cuidados paliativos y el movimiento *hospice*.

En esta etapa se desarrollan en

nuestro país los principales centros de bioética hoy vigentes, como los de Mar del Plata, Cuyo, Córdoba, Rosario, etc. y se crea la Asociación Argentina de Bioética, que preside Pedro Hooft, motorman de la biojurídica nacional.

En cuanto a la institucionalización regional, como expresión de esa característica global o voluntad política de identidad moral, registramos el Programa Regional de Bioética de la OPS, con sede en la Universidad de Chile, y la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética -FELAIBE. La constitución de ésta tuvo lugar en nuestro Instituto en diciembre de 1991 por iniciativa del Padre Alfonso Llano Escobar, jesuita, profesor de ética médica en la Universidad Javeriana de Bogotá. Entre otros méritos de Llano está el de haber reconocido el valor global de la bioética de Potter.

En 1994 nuestra ELABE organizó en Buenos Aires el II Congreso Mundial de Bioética de la Asociación Internacional de Bioética, con lo cual la bioética latinoamericana estuvo en la mirada de todos, y hubo un reconocimiento a la figura de Laín Entralgo y su discipulado como epicentro del desarrollo regional. Se vislumbró entonces el reconocimiento de que la bioética latinoamericana no se explica sin la figura de Laín, que está detrás de todos nosotros. Los que pertenecen al ambiente médico siempre han visto en Don Pedro la figura consular del huma-

nismo. Todos hemos leído y seguido su obra. Incluso Laín es muy reconocido actualmente en el mundo anglosajón donde se han introducido algunas de sus obras, sobre todo lo referente a la relación médico-paciente. Y Diego Gracia no se entiende sin Laín. Esa base cultural, esa fundamentación de la bioética con base jurídica, política y médica no se puede entender sin Laín.

La *Encyclopedia of Bioethics* es un hito en todo este desarrollo. A mí me correspondió escribir el artículo referente a la historia de la bioética latinoamericana en la segunda edición de la enciclopedia en el año 1994. Warren Reich, que fue mi tutor en el Kennedy Institute of Bioethics, me dio esa oportunidad. Un médico venezolano, León Cecchini escribió el artículo sobre la ética en América Latina en la primera edición de la enciclopedia. Sin embargo, todavía seguía muy ligado a la tradición deontológica, no había asumido entonces la propuesta revolucionaria del legado de la bioética. Yo ya estaba preparado y en ese momento era uno de los pocos que podía hacerlo, ahora lo pueden hacer todos.

Si meditas, medicas; si medicas, meditas: una bioética crítica, radical y global, creo que son los rasgos de una bioética filosófica, pues eso es el saber filosófico, que excede el capítulo médico, que está instalada en la sociedad, que constituye un fenómeno de cultura, que

exige una educación formal e informal acorde a nuestra realidad cultural, un nuevo orden de la vida, una nueva moral del cuerpo.

En conclusión, comparada con la manera típicamente americana, la aproximación latinoamericana a la bioética es más teórica o filosófica que pragmática o decisionista. El perfil latinoamericano en busca de una bioética crítica, radical y global está más a tono con la era pos bioética mundial, la *ethica spes* del nuevo milenio.

3. LOS AÑOS TESTAMENTARIOS O LA ÚLTIMA NAVEGACIÓN (2000-)

A partir de 2000, se nos vino el caos a todos los argentinos y en particular para mí fue dramático el fin de siglo. Sufrí una crisis interna en la institución de mi apellido, lo cual generó un gran trauma vital para la continuidad del esfuerzo y el mantenimiento de la escuela. En fin, la pérdida fue sensible, pero nos vamos reponiendo con los restos del naufragio. Para quien le interese conocer esta historia, remito a mi libro *COEficiente de adversidad*, La Plata Quirón 1997.

Mi investigación personal, ya en estos años testamentarios, es constituir la somatología o anatomía de la persona. Hoy necesitamos una nueva manera de ver el cuerpo humano, una anatomía personal porque la anatomía clásica ya no es

suficiente cuando hacemos trasplantes, fecundación asistida, ingeniería genética, es decir, la realidad, el principio de la vida, el fin de la vida, el curso vital, todo esto exige una nueva anatomía, en el sentido de una nueva disección de nuestra existencia sobre la base del saber científico y tecnológico. La somatología tendrá que ser el torso de la bioética futura.

Vuelvo entonces como punto de partida a mi tesis del doctorado en filosofía sobre el cuerpo, con el título *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano* en el año 1972. Un título muy sugestivo porque apunta tres dimensiones del cuerpo desatendidas por la filosofía que como ha dicho Nietzsche consiste en un equívoco sobre el cuerpo. He vuelto a esa concepción porque me parece interesante destacar esas tres dimensiones del cuerpo. El mismo Lain que ha dedicado los últimos trabajos, incluso los póstumos, al tema del cuerpo, reconoce que mi obra, y el título en particular, es sumamente atractivo y todo un símbolo a lo que él pretendió hacer ya que se combinan: la realidad científica y objetiva del cuerpo, el fenómeno subjetivo del cuerpo y el misterio insondable que tiene la existencia humana y no se puede negar.

Se distinguen la corporeidad, que es la realidad corpórea; la corporalidad, el fenómeno subjetivo del cuerpo; y la encarnación, quitando los resabios teológicos del término, al misterio de la vida

humana, los misterios del nacer y del morir. Asimismo, diferencio una somatología natural, otra cultural y finalmente existencial. Se contrastan los tres niveles, la realidad del cuerpo, la subjetividad del cuerpo y el enigma o misterio del cuerpo.

Se trata luego de aplicar la filosofía del cuerpo a la bioética porque ésta representa de alguna manera el *habeas corpus* de la revolución biocultural de Pigmalión o antropoplástica, que nos interroga sobre el futuro de la "naturaleza" humana (Habermas) o nuestro destino poshumano (Fukuyama). Necesitamos una teoría científica y filosófica del cuerpo. La medicina carece de esta teoría, se ha contentado siempre con disciplinas que atienden ya bien a la forma (la anatomía), el elemento (la histología), la función (fisiología) y al desarrollo (la embriología). Pero carece de una visión somática de la naturaleza humana y sus diversos cuerpos (psicología, sociología, historia, etc.).

Otra investigación personal en curso se refiere al paradigma bioético de la medicina. que estoy desarrollando como un teorema, como un planteo axio-

mático. Pienso que la bioética significa un nuevo paradigma de la medicina, que denomino el paradigma bioético frente al paradigma biológico donde el logos, la ciencia, es la que define el quehacer médico; por contraste un perfil ético y axiológico prevalente, definiría ahora el quehacer médico. Es por cierto un concepto revolucionario y provocativo. Considero que el paradigma médico basado en la salud como lo natural y la enfermedad como lo contra natura, que es el paradigma griego, del orden natural, reforzado después por la moral cristiana, está en crisis. Es mi tesis del que desde el punto de vista de la antropología filosófica puede ayudarnos a comprender la novedad de la realidad humana tan medicalizada hoy día.

Esta especulación no es para nada ajena a la praxis y al poder de la medicina porque un nuevo orden médico se desprendería del paradigma bioético emergente.

Por ambas sendas -la somatología y el paradigma bioético de la medicina- seguiré tras la bioética ("Maine-ethica") si Minerva no me da nuevas luces.

ASESORAMIENTO ÉTICO A PAREJAS ESTÉRILES

La traducción es de VIDA Y ÉTICA

Dra. María Luisa Di Pietro

- Médica endocrinóloga y forense (Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Master en Teología (Pontificia Universidad Lateranense, Roma, Italia)
- Profesora Adjunta de Bioética en grado y posgrado (Escuela de Medicina "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Profesora de Ética del Cuidado de la Salud (Instituto Internacional de Teología Pastoral en Cuidado de la Salud "Camillianum", Roma, Italia)
- Miembro del Comité Nacional de Bioética (Italia)
- Miembro del Comité de Ética Institucional del Hospital Universitario "A. Gemelli" (Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Miembro del Consejo Directivo del Centro de Bioética (Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Consultora del Ministerio de Educación Pública (Italia)
- Autora de numerosos artículos publicados en revistas especializadas de reconocimiento internacional.

Palabras clave

- Esterilidad
- Reproducción
- Fertilización asistida
- Matrimonio
- Familia

RESUMEN

En un primer momento, la autora realiza un breve recorrido por las tres etapas de la asesoría a parejas estériles: el pre-diagnóstico, el diagnóstico y post-diagnóstico. Seguidamente hace referencia a la realidad legislativa italiana en la materia, para luego pasar al ámbito de una experiencia concreta en consejería ética en esterilidad, presentando un informe de la labor desarrollada en el Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore (Roma). Para terminar, ofrece algunas indicaciones operativas que pueden conducir a elevar el estándar de este tipo de consultas.

1. EL CONSEJO A LA PAREJA ESTÉRIL

La esterilidad es un problema con el cual la pareja se ha confrontado desde siempre. En los últimos tiempos, sin embargo, la esterilidad ha tomado nuevas características, tanto por el aumento de la incidencia y la dinámica etiopatogénica (relativa a las causas de la enfermedad), como por las soluciones que propone una Medicina más sustitutiva que reparativa.

De hecho, si bien se discute acerca de si el aumento de la incidencia de la esterilidad es un hecho real o consecuencia de las mayores posibilidades de diag-

nóstico, es evidente que muchas situaciones de esterilidad son consecuencia de una elección de vida y de comportamientos individuales o colectivos. Por ejemplo, el aumento de la edad en que la mujer busca su primer embarazo, se acompaña de su declinación en la capacidad reproductiva, que conlleva a una mayor dificultad de concebir. Las enfermedades transmitidas por vía sexual, el uso de contraceptivos y/o abortivos, el cigarrillo, el alcohol, los estupefacientes, la alimentación, la contaminación ambiental de la vida y el trabajo, son factores de riesgo para la esterilidad.

Por cuanto concierne a las soluciones propuestas, el setenta por ciento de las parejas con esterilidad podría tener un embarazo si adoptara una conducta de cuidada valoración de los factores de esterilidad y se instaurara una terapia adecuada. Las propuestas de las técnicas de fecundación artificial deberían, por tanto, tener relación con el treinta por ciento que presenta una esterilidad no superable. Pero, en realidad, las técnicas de fecundación artificial son propuestas y utilizadas por la mayor parte de las parejas, incluso aquellas que no han tenido un diagnóstico de certeza sobre su esterilidad, el cual les permitiría valerse de terapias médico-quirúrgicas.

El consejo o la consulta en el abordaje a las parejas estériles ha tenido un rol fundamental y presenta característi-

cas diferentes de otros tipos de consejo dentro del mismo ámbito obstétrico-ginecológico. De hecho, el consejero, habitualmente el ginecólogo o el andrólogo al cual se dirige la pareja, no encuentra un paciente sino una pareja, en tanto la esterilidad no se remite a un miembro de la pareja sino que debe ser siempre manejada como un problema de pareja. Se habla con la pareja, se estudia con la pareja, se invita a la pareja a eventuales tratamientos.

En el transcurso del **consejo pre-diagnóstico** se va recogiendo la anamnesis de la pareja (preguntas realizadas al paciente), seguido de un cuidadoso examen objetivo (general, ginecológico, andrológico). Sucesivamente, tienen lugar un conjunto de estudios según la patología analizada: investigaciones hormonales (dosis basal, estímulos de los estrógenos, progesterona y gonadotropina hipofisiaria de la mujer, testosterona y gonadotropina hipofisiaria del hombre), microbiológicas (presencia de infecciones en el varón o la mujer), morfológicas (espermograma) o instrumental (ecografía pélvica, isterosalpingografía, salpingoscopia en la mujer; ecografía y venografía en el varón).

El consejero no dirige solamente los aspectos técnicos, él tiene delante de sí una pareja emotivamente estresada, que no solicita únicamente un diagnóstico clínico, sino que también solicita ayuda pa-

ra enfrentar el sufrimiento que genera el deseo de un hijo y, frecuentemente, los fracasos y las inevitables desilusiones que han debido enfrentar hasta el momento de la búsqueda de una solución.

A esto se suma que el proceso diagnóstico y los procesos médicos pueden requerir muchos años, las causas etiopatogénicas de la esterilidad pueden ser múltiples y no siempre individuales, el diagnóstico puede cambiar a lo largo del curso de los estudios. Asimismo, el éxito final puede tener un gran impacto sobre la vida íntima de la pareja, sobre su dinámica de relación, sobre su idea de sexualidad y conyugalidad; pueden comprometerse las relaciones sociales dado que, privada de una función social (la procreación), la pareja puede intentar esconder -incluso a sus familiares- la propia condición de esterilidad, de modo particular, cuando la causa de esterilidad es masculina.

En el **consejo post-diagnóstico**, el consejero no sólo debe comunicar el diagnóstico, sino también sugerir eventuales recorridos terapéuticos, entre los cuales, se encuentran:

- la terapia farmacológica, que se vale del uso de hormonas, en el caso en que la esterilidad depende de una alteración en el funcionamiento de la glándula endocrina (hipotálamo, hipófisis, ovario, testículo), o de antiinflamatorios o antibióticos, en aquellos casos en los

cuales la esterilidad depende de un proceso flogístico;

- la terapia quirúrgica, que tiene como finalidad el intento de restablecer la canalización de las vías genitales (por ejemplo, las intervenciones en las trompas de Falopio que pueden haberse bloqueado con la presencia de adherencias en la mujer o el caso de varicocele en el hombre).

Frente a una esterilidad definitiva o –frecuentemente, incluso antes– frente a un diagnóstico de esterilidad etiopatogénica, se proponen las técnicas de fecundación artificial. En una aproximación correcta, al menos desde un punto de vista deontológico, el acceso a las técnicas de fecundación artificial debería estar subordinado a: la confirmación de las condiciones psicológicas de la pareja; la información sobre la técnica que se quiere utilizar, el porcentaje de éxito y eventuales riesgos; la confrontación sobre las problemáticas éticas.

Es frecuente, sin embargo, lo contrario: la pareja está desinformada sobre la real eficacia y sobre la calidad moral de las técnicas, sobre su elevado índice abortivo, sobre la modalidad de ejecución de la técnica, sobre los riesgos para la mujer y para el embrión, sobre la utilización de los embriones crioconservados o de los gametos obtenidos en exceso y sobre los costos.

Aún no existiendo estudios de

follow-up sobre el consejo a las parejas estériles, hay motivos para sostener que una buena información podría ayudar a reflexionar a la pareja sobre el recurso a las técnicas de fecundación artificial o, así y todo, podría inducirla a pedir alguna garantía. Como, por ejemplo, que se utilice la estimulación ovárica sólo frente a una real necesidad (patologías que causan una insuficiencia ovárica) y no con miras a obtener un aumento del éxito de las técnicas. Por otra parte, una buena consulta representa una ocasión para adquirir conocimiento y –si fuera necesario– poner en discusión las propias elecciones que hace la pareja. Esto lo ha testimoniado un trabajo de Meschede y Horst, que ha obtenido una notable reducción de las solicitudes de abortos voluntarios después de un ICSI y de diagnósticos post-implantatorios positivos por anomalía de los cromosomas sexuales, dando a la pareja clara información sobre los niños nacientes, sobre eventuales patologías físicas y psíquicas y sobre las posibles terapias.

Optar por las técnicas de fecundación artificial implica no sólo tener en cuenta a la pareja sino también al niño que podría ser concebido con el tratamiento elegido.

Ciertamente el niño aún no existe y no puede ser incluido en el proceso decisonal, pero sus derechos no pueden estar descuidados y es necesario encontrar

una respuesta a algunos interrogantes: ¿respeto el mayor interés del niño el ser concebido con una técnica de fecundación artificial?; ¿el procedimiento que se va a utilizar es a riesgo para la vida y la salud del concebido?; ¿cuáles serán las características del ambiente familiar que lo acogerá?; ¿hay conflicto entre los distintos deseos de la pareja y el presunto mejor interés del niño?

Se trata de preguntas motivadas por la radical diferencia entre procreación natural y fecundación artificial: de hecho, mientras la concepción natural permanece como una cuestión privada sobre la cual el médico puede intervenir una vez que ya se ha verificado (asistencia a una mujer embarazada, diagnóstico y terapia fetal), la fecundación artificial necesita un "acto público": la compleja actividad de las personas diferentes del varón y la mujer que piden esto, los instrumentos, el ambiente idóneo, un compromiso económico.

Es, por lo tanto, un deber no sólo que el Estado discipline estos ámbitos con sus leyes, sino también que el consultor, en particular, se ponga a trabajar para dar lo mejor a cada vida naciente. El consejo a la pareja estéril no puede, por lo tanto, limitarse a los aspectos técnicos: tiene que mirar a la persona en su totalidad y relacionalidad, prestar atención tanto a las problemáticas médicas como a la capacidad psicológica para afrontar la si-

tuación y a las opciones morales.

2. EL CONSEJO A LA PAREJA ESTÉRIL EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Del análisis de la literatura en esta materia surge que, cuando se habla de consejo a la pareja estéril, se hace referencia sólo al consejo psicológico, lo cual no es suficiente.

Sin embargo, por supuesto, el aspecto psicológico no debe ser descuidado. Es, de hecho, conocido que la experiencia de la esterilidad desata en la pareja las mismas reacciones que otras situaciones de crisis (sorpresa, shock, incredulidad, negación, frustración, pérdida de control y ansiedad, sentido de culpa, angustia, disgusto, aislamiento, depresión, aflicción, luto). A esto se agrega lo crónico de esta crisis, por la repetición de eventos negativos (por ejemplo, la instauración, en fase de tratamiento, de un embarazo ectópico) y la dificultad de encontrar una solución con la convicción de que se trate de un problema con solución en todos los casos.

Tales crisis -más que comprensibles, si se tiene presente lo que la procreación y la genitalidad representan en términos de autoestima, reconocimiento de la identidad sexual, aceptación de la propia imagen corpórea y el rol social- pueden asumir características diferentes entre el hombre y la mujer y entre el

cónyuge estéril y el cónyuge fértil. Esto puede influenciar la relación de la pareja, considerada no tanto como una unidad homogénea, cuanto, más bien, como una unidad formada por dos individuos con diferentes reacciones y comportamientos.

No todas las parejas necesitan este consejo psicológico (entre el 18 y 21%, según un estudio de Boivin de 1997 y 1999) y muchas veces no quedan satisfechos, probablemente porque estos estudios habitualmente quedan descuidados en referencia a los demás estudios de la consulta médica, incluso porque vienen pedidos sucesivamente o con una finalidad compensatoria o después de que los ha solicitado el paciente, que no siempre está en grado de reconocer la necesidad. Sin embargo, lograr manejar esta situación de crisis podría ser una ventaja no sólo para el bienestar psicológico, social y sexual de la pareja, sino incluso para la misma fertilidad.

Es, por lo tanto, oportuno considerar la consejería psicológica como parte integrante de la consultoría sobre esterilidad, dentro de la cual, el especialista (o los especialistas) debe ser capaz de afrontar las necesidades psicológicas y emotivas de la pareja, más allá de las médicas y las éticas.

3. EL CONSEJO A LA PAREJA ESTÉRIL EN LA PERSPECTIVA LEGISLATIVA ITALIANA

Sin detenernos específicamente en los contenidos de la ley ni en la discrepancia que existe entre recurrir a las técnicas de fecundación artificial (con particular referencia a las técnicas de fecundación artificial extracorpóreas) y una visión ética que pone en el centro el respeto y la tutela de la vida humana desde la fecundación, se quiere subrayar cómo también en la propuesta de ley sobre la procreación médicamente asistida –aprobada en Italia por la Cámara de Diputados y actualmente en discusión en el Senado– el tema del consejo a la pareja estéril ha tenido un considerable relieve. La propuesta de ley pide, de hecho, que se satisfagan algunos procedimientos dirigidos a salvaguardar los derechos de los sujetos que están implicados en la utilización de estas técnicas de fecundación artificial (el embrión y la pareja), de lo cual habla en el artículo 1°.

En particular, con referencia a los artículos 4° (*acceso a las técnicas*) y 6° (*consentimiento informado*) del capítulo 2°, se subraya la necesidad de efectuar una adecuada atención de consulta a la pareja, previendo –como ya hemos dicho– la fase diagnóstica y la fase post-diagnóstica. En cuanto concierne a la elección para acceder a las técnicas de procreación médicamente asistida, éstas están subordinadas, en la propuesta de

ley, a un conjunto de condiciones: "el recurso a las técnicas de procreación médicamente asistida [así habla la PDL que define las técnicas de fecundación artificial] está permitido sólo cuando está asegurada la imposibilidad de eliminar las causas que impiden la procreación, queda circunscrito a los casos de esterilidad e infertilidad inexplicables, documentados por acto médico, y a los casos de esterilidad y de infertilidad de causa segura o comprobada por el acto médico" (Art. 4.1). Esto, obviamente, está dirigido al intento de cuidar una praxis negativa y difusa, o sea, consentir el acceso a las técnicas de procreación médicamente asistida a parejas a las cuales no se haya hecho algún diagnóstico etiológico de la esterilidad o a las cuales no se haya intentado alguna terapia médica, quirúrgica o psicológica.

Se trata, por lo tanto, de una aproximación gradual a las técnicas de procreación médicamente asistida que viene confirmada, también, con las indicaciones de criterios para elegir la técnica más adecuada: "Las técnicas de procreación médicamente asistida están aplicadas sobre la base de los siguientes principios: 1. la gradualidad, con el fin de evitar el recurso de intervenciones que tengan un alto grado invasivo técnico y psicológico, más costoso para los destinatarios, inspirándose en el principio de lo menos invasivo; 2. consentimiento informado, que hay que analizarlo según el artículo 6°"

(Art. 4.2)

Para obtener el consentimiento por parte de una pareja, es necesario que ésta esté informada y que los contenidos de la información estén resumidos según el artículo 6°: "para la finalidad indicada en el punto 3, antes de recurrir a cualquier fase de aplicación de las técnicas de procreación médicamente asistida, el médico informa de manera detallada a los interesados de los cuales se habla en el punto 5, sobre los métodos, los problemas bioéticos y sus posibles efectos colaterales, sanitarios y psicológicos como consecuencia de la aplicación de las técnicas mismas, sobre la probabilidad de suceso y sobre los riesgos que derivan de estas técnicas; también, sobre las relativas consecuencias jurídicas para la mujer, para el varón y para el naciente. (...) A la pareja, se le deben presentar con claridad los costos económicos de todo el procedimiento entero, sobre todo, cuando se trata de estructuras privadas autorizadas".

Es, por lo tanto, necesaria la información sobre la real eficacia de las técnicas, sobre su elevado índice de abortos, sobre su modalidad de ejecución y los riesgos para la mujer y para el embrión, pero también sobre las implicancias éticas y sus costos. No es suficiente el dato genérico de la propuesta de ley para efectuar una buena consejería; se espera que las indicaciones más precisas, en este sentido, puedan ser dadas sucesivamente por una directiva del Ministerio de

Salud. Una buena consejería puede, por otro lado, representar no sólo el momento para obtener conocimiento, sino una ocasión para poner en discusión las propias elecciones de progeneratoridad. Es por esta razón que siempre –según el Art.6.1- la propuesta de ley dice: “a la pareja hay que indicarle la posibilidad de recurrir a procedimientos de adopción o de custodia según la ley del 4 de mayo de 1983, N° 184, y las modificaciones sucesivas, como alternativa a la procreación médicamente asistida”. Es más, previendo que quien trabaja en los centros de procreación médicamente asistida pueda tener dificultad en tomar el examen y proponer estas alternativas, la propuesta de la ley se amplía a las obligaciones ya previstas para el consultorio familiar, los cuales desarrollarían en este ámbito una verdadera actividad de consejería: “1. En el primer punto del artículo 1° de la ley del 29 de julio de 1975, N° 405, se han agregado al final las siguientes letras: *d-bis*, la información y la asistencia con relación a los problemas de la esterilidad y la infertilidad humanas y de las técnicas de procreación médicamente asistida; *d-ter*, la información sobre los procedimientos para la adopción y para la custodia familiar”.

4. LA CONSEJERÍA ÉTICA

En la literatura científica y bioética no hay trabajos sobre la consejería ética de la pareja estéril no obstante la imposi-

bilidad de prescindir de las cuestiones éticas en este campo, que es tan complejo y delicado. De hecho, la propuesta del interdiagnóstico –por ejemplo, la modalidad de la obtención del semen (con la masturbación o con el Vibrector) o los tests de fertilidad basados sobre la fecundación de prueba y la sucesiva eliminación de los embriones obtenidos–, del interterapéutico y del recurso a las técnicas de fecundación artificial no son hechos éticamente neutros. Es más, en referencia a las técnicas de fecundación artificial, elegir o no elegir el someterse a una determinada técnica no depende sólo del conocimiento de los eventuales riesgos y del porcentaje de suceso de la técnica o de la capacidad de una pareja para mejorar una situación de crisis sino, también, de las propias convicciones éticas, de la idea de persona y de familia a la cual se hace referencia y de la finalidad reconocida de la Medicina.

De frente a la necesidad de hacer una elección y de tomar una decisión en el ámbito médico, hay siempre una fase de “in-decisión” durante la cual es necesario valorar todos los aspectos de la realidad y, de modo particular, las dimensiones de la salud: la dimensión física, la dimensión psicológica, la dimensión socio-ambiental y la dimensión ético-espiritual. Es justamente en esta dimensión que se garantiza la calidad humana de la decisión misma, evitando que se trate de una decisión simplemente técnica. La

consejería ética representa, por lo tanto, el lugar donde realizar las cuestiones éticas que están implicadas en las soluciones propuestas y obtener todos los elementos cognoscitivos que justifiquen la elección sucesiva.

Esta es la razón por la cual, ha sido instituida – en el ámbito del Instituto de Bioética de la Escuela de Medicina de la Universidad del Sacro Cuore– una actividad de consejería ética a la pareja estéril. Los datos que presentaremos a continuación hacen referencia a la actividad del período de enero de 2000 a mayo de 2003.

5. LA CONSULTORÍA ÉTICA A LA PAREJA ESTÉRIL: UNA EXPERIENCIA

5.1. El sujeto

- La consejería ética por problemas de esterilidad ha sido solicitada por 35 parejas con una edad media, al momento de la consulta, de 32,5 años (rango de 30–35 años).

- 32 parejas estaban en la búsqueda de su primer embarazo. Las parejas ya habían iniciado un recorrido diagnóstico con un estudio completo de la mujer, pero insuficiente del varón.

- 25 parejas estaban muy ansiosas en la búsqueda del hijo; 10 parejas parecían haber aceptado la situación, pero continuaban en la búsqueda de una solución a la esterilidad. 20 parejas estaban

insatisfechas con las experiencias previas de consulta médica a causa de la falta de información y de consenso sobre los procedimientos diagnósticos y las eventuales intervenciones. En 10 casos el médico había garantizado una solución sin dar explicaciones.

- Las parejas han solicitado la consejería ética por las siguientes razones: 1. búsqueda de una aproximación holística a la esterilidad de la pareja (35/35 parejas); 2. deseo de recibir explicaciones y de elaborar la perplejidad y los miedos (35/35 parejas); 3. profundización del conocimiento de la esterilidad y las eventuales intervenciones (25/35 parejas); 4. insatisfacción por la experiencia pasada en cuanto a las técnicas de fecundación artificial (15/35 parejas); 5. desacuerdo en la pareja respecto a la elección procreativa (2/35 parejas); 6. necesidad de confrontar las propias posiciones éticas (35/35 parejas).

5.2. El procedimiento

Se han individuado tres diversas aproximaciones en la consejería ética: la aproximación autoritaria, la aproximación de simple facilitación y la aproximación de facilitación ética:

- La **perspectiva autoritaria** pone el énfasis en el consultor como aquel que está en grado de decidir antes que nadie, sin preguntarse quién es el sujeto más adecuado a decidir desde el punto de vis-

ta ético. Esta aproximación pone los valores morales del consultor ético por encima del que consulta, que queda, por lo tanto, excluido de la decisión ética.

- El motivo de la **aproximación de facilitación simple** es encontrar un consenso en terceras partes que están involucradas, incluso a costa de violar el derecho a decidir del paciente.

- La **aproximación de facilitación ética** ayuda a los que consultan a identificar y analizar la naturaleza de las dudas / incertidumbres y de los conflictos morales por los cuales solicitan una consultoría, facilitando la construcción de consenso entre las partes involucradas, sin equivocarse acerca de la autoridad de quien debe decidir o privilegiar la posición moral del consultor. En la aproximación de facilitación ética, los objetivos son, por lo tanto: 1. identificar y analizar la naturaleza de las dudas o de los conflictos morales presentes en el caso; 2. facilitar la resolución del conflicto en un clima de respeto, prestando atención a los intereses, a los derechos y a la responsabilidad de las partes involucradas.

De acuerdo con la perspectiva de la facilitación ética, en la gestión de la consultoría ética se han tomado en consideración los siguientes aspectos:

1. Una aproximación a la esterilidad de la pareja no sólo técnica sino también que presta atención a la totalidad de la per-

sona y a todas las personas involucradas;

2. Colaboración con las parejas para manejar las propias emociones durante el proceso de decisión;
3. Valoración de todos los aspectos relevantes para una elección autónoma e informada de la pareja;
4. Definición y clasificación de los términos lingüísticos y simbólicos que se van a utilizar;
5. Identificación de los principios éticos más relevantes llamados en causa;
6. Valoración de las diversas alternativas, con la discusión y justificación racional de la elección éticamente más adecuada.

Con tal fin, el consultor debe enseñar a conocer todos los datos disponibles del caso estudiado (*momento epistemológico*) e individuar el problema emergente; analizar los eventuales valores en juego, la voluntad de la pareja, los recursos humanos y materiales (*momento antropológico*); proponer una eventual solución (*momento operativo*).

5.3. Resultados

Más allá de algunos aislados casos de consultoría telefónica, el encuentro con la pareja se ha realizado en el ámbito del Instituto de Bioética, previa cita fijada con la pareja misma, incluso en el caso en que la solicitud inicial se hubiera realizado vía un tercero.

La primera fase de la consultoría ha sido narrativa. La pareja ha hablado de la precedente experiencia diagnóstica y terapéutica y de las futuras expectativas: el deseo de tener un hijo, el sufrimiento causado por la esterilidad; la incidencia de esta situación en la relación de la pareja; el ansia producida por la presión en el ámbito familiar; el temor de no encontrar una solución.

Esta narración ha consentido al consultor ético a individualizar una serie de factores a trabajar:

1. El *factor "frustración"*. La pareja estéril vive una experiencia de no adaptación y de frustración. Las mujeres habitualmente han reconocido primero la infertilidad como un problema del que hay que hablar y sobre el cual se debe investigar. De hecho, en este caso, generalmente la mujer había sido más estudiada que el hombre. El hombre, por otra parte, tenía la dificultad de admitir la existencia de un problema para la pareja y de aceptar un estudio clínico. Si la investigación diagnóstica ponía en evidencia una esterilidad por causa masculina, el varón vivía esta situación de modo negativo, con sensación de pérdida de su rol. El encuentro y la narración demostraban, de hecho, que en 5 de 20 casos de esterilidad masculina (25%), el hombre perdía su voz durante la consultoría y era considerado culpable por la mujer.
2. El *factor médico*. La presentación del precedente inter-diagnóstico también formó parte de la narración. En 20/35 (57%) casos, la investigación llevada a cabo fue incompleta y carecía de una gradación diagnóstica: por ejemplo, se efectuaron investigaciones invasivas en la mujer (isterosalpingografía) incluso antes de excluir con estudios no invasivos (hormonales, infectobiológicos, ecográficos) la presencia de otras causas de esterilidad. Por esta razón, la pareja ha consultado a otros expertos con una superposición de estudios, interpretaciones y de intervenciones terapéuticas. En 10/35 (28,5%) casos, las técnicas de fecundación artificial fueron propuestas antes de completar los procesos diagnósticos y la valoración farmacológica o quirúrgica.
3. El *factor "ignorancia"*. La pareja ha presentado dos tipos de "ignorancia": una ignorancia primaria y otra secundaria. La ignorancia primaria (25/35 parejas) (57%) se ha fijado, antes que nada, en el conocimiento de la anatomía y de la fisiología de la reproducción, por una parte, y de las técnicas de fecundación artificial, por otra. En cuanto concierne, en particular, a la fisiología de la reproducción, no existe gran claridad sobre la alternancia de los períodos fértiles e infértiles de la mujer y sobre la posibilidad de reconocer los períodos fértiles mediante el reconocimiento de los signos diagnósticos de la

fertilidad (moco cervical y temperatura basal principalmente). Tal conocimiento es necesario precisamente en los casos de subfertilidad, porque la individuación de la fase fértil permite a la pareja mantener relaciones sexuales buscando la concepción. Por otra parte, el monitoreo ecográfico de la ovulación al que se recurre por motivos diagnósticos no permite a la pareja manejar en modo libre y simple el conocimiento de su propia fertilidad, aún si la misma es reducida. La ignorancia sobre la fecundación artificial es casi total: la pareja no conoce las técnicas, los riesgos asociados y los porcentajes de éxito.

La ignorancia secundaria (15/35 parejas) (42,8%) era, en cambio, el resultado de una escasa o errónea información por parte del especialista sobre las intervenciones post-diagnósticas. Cinco parejas (14,2%) lamentaron haber solicitado y de no haber recibido claridad sobre la modalidad de intervención que había sido propuesta: ¿en qué consiste una ICSI?, ¿qué diferencia hay entre la GIFT y la FIVET? En un caso, la pareja había estado ilusionada con la promesa de una fecundación artificial homóloga siendo que el varón padecía de azoospermia secretoria documentada por una biopsia testicular.

4. El *factor moral*. La pregunta ética ha estado siempre presente (35/35 parejas): la pareja deseaba confrontar su

propia orientación con la del consultor y deseaba conocer las implicancias éticas tanto del interdiagnóstico como de las técnicas de fecundación propuestas por otros centros. Ha habido, sin embargo, tres casos de difícil manejo. En el primer caso, los cónyuges no compartían la misma orientación ética y estaban, por tanto, en desacuerdo en el modo sobre cómo afrontar la esterilidad: al cónyuge que rechazaba el recurso de las técnicas de fecundación artificial se oponía el otro cónyuge que pretendía imponer la elección de la fecundación artificial. En este caso, fue necesario solicitar que parte de la consultoría se hiciera en forma separada, para escuchar las razones de cada cónyuge a fin de buscar luego, en el momento en común, una solución compartida. En los otros dos casos, la búsqueda de un hijo era más bien para compensar la pérdida accidental de otro hijo o como consecuencia de un aborto voluntario: a través de la consultoría fue surgiendo de forma evidente la falta de elaboración del luto y, en el contexto del segundo caso, el llamado síndrome post-aborto.

Luego de haber escuchado y recogido las preguntas, se pasó a la segunda fase de la consultoría: el *diálogo* entre el consultor éticista y la pareja. Sin dejarse implicar emotivamente por la pareja, el consultor ha intentado manejar la situación de evidente tensión mostrándose

abierto al acompañamiento y a facilitar la solución de la situación de conflicto. Fue necesario proveer de claridad a los requerimientos y sortear las lagunas del conocimiento técnico. También se examinaron las implicaciones éticas, psicológicas y sociales del recurso a la técnica de fecundación artificial; se intentó restituir en la pareja la certeza de ser los protagonistas en la búsqueda de una solución a la esterilidad y no simplemente proveedores de gametos. Finalmente, se invitó a la pareja a volver a una consultoría o explicitar -al menos, en forma telefónica- sus dudas o incertidumbres. 25 parejas sobre 35 permanecieron en contacto con el consultor ético para comunicar los resultados de la indagación diagnóstica, las decisiones relativas al propio proyecto de la pareja, los éxitos obtenidos, las eventuales desilusiones: con la certeza de encontrar siempre una persona disponible a la escucha y no encerrada en cuestiones meramente técnicas.

6. INDICACIONES OPERATIVAS

Los datos obtenidos permiten deducir algunas conclusiones sobre la centralidad de la información y la necesidad de ofrecer a la pareja estéril una consulta interdisciplinaria.

El primer factor que la consultoría debe remover es el factor "ignorancia", para obtener y facilitar la elección ética. En el caso de la esterilidad y los relativos tratamientos, la información debe ser

particularmente cuidada, tanto por el impacto que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos tienen sobre la persona, sobre la vida de la pareja y sobre la vida del naciente, como también -en los casos en los cuales se opte por las técnicas de fecundación artificial- por su propia valía, que es siempre experimental.

1. *La comunicación del diagnóstico.* De un estudio realizado por Van Balen y otros surge que el 38% de los casos de parejas había comprendido de manera equivocada el diagnóstico, porque dicho diagnóstico se había modificado en el tiempo -sin que se hubiera seguido una adecuada comunicación- o porque el lenguaje utilizado no era suficientemente comprensible. Por este motivo, no sólo es necesario que el médico ponga atención en informar a la pareja -lo que no siempre ha sucedido en las parejas que nosotros hemos atendido- sino que se tome el tiempo suficiente para valorar si la pareja ha comprendido verdaderamente aquello que se le ha dicho. Pero, más allá de la comunicación, la información debe hacer referencia también a todo el proceso diagnóstico: la elección de una investigación en lugar de otra, las eventuales molestias para la pareja o para uno de los dos, la posibilidad de procedimientos diagnósticos alternativos, incluso aquellos que contrastan con las convicciones éticas y con la sensibilidad psicológica de la pareja.

2. *La elección de la terapia médica.* La información es fundamental también a los fines de obtener el consenso con relación a las terapias. Se hace referencia en particular a la elección de la estimulación ovárica, que generalmente presenta ciertos riesgos para la mujer (desde la aparición de un síndrome de hiperestimulación ovárica que aumenta la incidencia de alteraciones cromosómicas embrionales, pasando por la no clara relación con la aparición de tumores mamaros u ováricos, a las complicaciones de un embarazo múltiple) Por otra parte, en la elección de una terapia, el eventual riesgo va siempre medido con relación al beneficio esperado. También hay que tener gran consideración de la morbilidad iatrogénica, sobre todo cuando un tratamiento no tiene un beneficio inmediato para la salud física de la mujer y el daño puede ser inducido por una mala conducta médica. En este caso, la causa puede ser una escasa valoración clínica de la paciente o una terapia no adecuadamente personalizada. Por este motivo, el médico debe prestar máxima atención a la minimización del riesgo, evitando también estimular a mujeres aparentemente en grupo de riesgo, y la mujer debe ser libre de elegir acceder o no a los tratamientos, teniendo presente, entre otras cosas, que cuando la estimulación ovárica entra en los protocolos de fecundación artificial, su finalidad es aquella de aumentar el éxito de la técnica en relación a

los intentos efectuados.

3. *Las técnicas de fecundación artificial.* Más allá de las problemáticas éticas y jurídicas que surgen del recurso a las técnicas de fecundación artificial, sería al menos deseable que la mujer y la pareja estén bien informadas sobre los procedimientos a los cuales desean eventualmente acceder y que, cuando estos procedimientos se utilicen, se busque el consentimiento en forma escrita. Una buena información, más allá de darle a la pareja los elementos para una elección responsable, podría en algunos casos hacerla desistir del recurso a las técnicas de fecundación artificial o, al menos, podría inducirla a exigir algunas garantías (estimulación ovárica sólo en el caso de real necesidad, solamente producción de los embriones que se transferirán al útero, etc.)

Más que analizar los contenidos de la información, veamos porqué tal información debe ser lo más exhaustiva posible. Hay que considerar, como se ha dicho, que las técnicas de fecundación artificial son siempre una forma de experimentación dirigidas, en primera instancia, a las parejas estériles. Esto significa que, como con cualquier otra forma de experimentación, no sólo el sujeto de la experimentación debería ser adecuadamente informado sobre los procedimientos, sobre los posibles beneficios y sus riesgos, sino que incluso el acceso a esta

técnica debería ser gratuito. Esta, como es sabido, no es la realidad de la fecundación artificial, cuyos costos –no siempre indicados a priori– son generalmente muy elevados.

Tratándose de procedimientos seguidos sobre pacientes sanos y de resultados inciertos, es necesario informar en forma adecuada a la pareja sobre los riesgos que existen para la mujer misma o bien para la vida naciente. Por otra parte, la pareja está conformada por sujetos adultos, en grado de tomar decisiones, por lo que no es justificable una postura paternalista con relación a ellos. Permanece la duda sobre la real capacidad de la pareja de realizar una libre y racional elección, teniendo en cuenta cómo están implicados emotivamente los dos miembros y cómo el médico podría ayudarlos a tomar una decisión absteniéndose de eventuales motivaciones económicas o finalidades experimentales.

En la búsqueda del consenso no hay que descuidar que el interlocutor es la pareja y no un solo paciente: puede suceder que los dos miembros no compartan la misma elección y que de parte de uno falte el consentimiento para el procedimiento. ¿Es correcto imponerle a uno la elección del otro? Y si rechaza aquel que debería llevar adelante el mayor peso de la elección (pensar en el hecho, por ejemplo, de que es la mujer quien "paga" más en términos de su im-

plicancia física en los programas de fecundación artificial), ¿hasta qué punto es lícito involucrarla en una elección que no comparte?

Tenemos además que tener presente que la fecundación artificial lleva al nacimiento de un niño que no existe al momento de la decisión y que podría no consentir el procedimiento, en forma particular, si este procedimiento fuera el responsable de posibles anomalías. Se podría responder que tantos niños no habrían nacido sin el recurso a las técnicas de fecundación artificial, pero también es cierto que muchos embriones fecundados *in vitro* no han llegado a la vida autónoma y que, de todas maneras, no se puede hablar de una elección entre el existir y el no existir en el momento en el cual la existencia aun no se ha iniciado.

7. CONCLUSIONES

La consultoría a la pareja estéril es un momento de encuentro, de escucha, de búsqueda –y allí donde es posible– de una solución. Ésta debe ser confiada a personas competentes y en situación de ayudar, comprender, asegurar y acompañar a la pareja. La relación con la pareja estéril no termina, de hecho, con el diagnóstico de esterilidad: este es el punto de partida de un camino en el cual se alternan paciencia e impaciencia, esperanza y desesperación; un camino en el curso del cual la pareja puede encontrarse, incluso,

con fallas de los tratamientos.

Sobre la base de nuestra experiencia, el consultor ético no puede suplir a todas las figuras profesionales necesarias –el ginecólogo, el andrólogo, el experto en biología de la reproducción, el psicólogo– pero él debe acompañar con una óptica multidisciplinar todas las otras profesiones indispensables. De este mo-

do, la consultoría ética puede convertirse en un momento de integración interdisciplinar de las diversas e indispensables competencias con un único objetivo: la resolución y el manejo del deseo de paternidad y maternidad de la pareja que se guía y justifica, finalmente, a partir del valor de la persona, de la procreación y de la familia y, por lo tanto, en primer término, por razones éticas.

ASPECTOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS DE LA EPIDEMIA DEL VIH Y SIDA.

*Hacia una propuesta
auténticamente humana.*

Pbro. Fernando Chomali Garib

- Sacerdote de la Arquidiócesis de Santiago de Chile
- Doctor en Teología (Pontificia Universidad Gregoriana)
- Master en Bioética (Pontificia Universidad Lateranense, Roma)
- Ingeniero Civil (Pontificia Universidad Católica de Chile)
- Profesor de la Facultad de Medicina y de Teología (Pontificia Universidad Católica de Chile y Seminario Pontificio Mayor de Santiago, Chile)
- Miembro correspondiente de la Pontificia Academia para la Vida (Ciudad del Vaticano)
- Miembro de las Comisiones Doctrinal y de Bioética (Conferencia Episcopal de Chile)
- Miembro del Comité de Ética del Centro de Investigaciones de la Facultad de Medicina (Pontificia Universidad Católica de Chile) y del Hospital clínico de la misma universidad.
- Ha publicado numerosos artículos sobre temas vinculados a la bioética en varias revistas y periódicos, de los cuales se destacan dos realizados con otros profesionales acerca del Proyecto Genoma Humano y el aborto "terapéutico".

Palabras clave

- VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual
- Dilemas éticos
- Secreto médico
- Ley civil/ley moral

RESUMEN

En estas páginas el autor, miembro del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, intenta dar una visión integral del tema de la prevención de la infección por el VIH y del SIDA. El telón de fondo que va a acompañar la presente reflexión, es que la problemática de la prevención lleva grabada en sí un fuerte componente moral, en cuanto involucra actos humanos. Por esta razón, las decisiones en este campo no son neutras desde el punto de vista moral; llevan de modo implícito una visión del Hombre que obliga a un discernimiento ético para evaluar su bondad o maldad.

A continuación, el autor fundamenta que el cambio de conducta es la forma segura de protección y sin embargo, parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo.

Dado que en Chile la mayoría de las personas acude a los servicios de salud que provienen del Estado, es imperativo discernir cómo se articula la ley civil, ámbito propio del Estado, con la ley moral, ámbito propio de la búsqueda del bien integral de la persona.

INTRODUCCIÓN

Muchas somos las personas perplejas frente a la epidemia del Virus de Inmuno-Deficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida

(SIDA). Cuando más seguros nos sentíamos con los avances de la medicina y creíamos que las epidemias ya estaban controladas y eran cosa del pasado, apareció esta inquietante infección, que no sólo sorprende por la rapidez de su expansión, sino también porque se vincula directamente con lo que asociamos con la vida: el semen, que la transmite, y la sangre, que la conserva. Así, en el umbral del siglo XXI, el mundo aprecia que los elementos que clásicamente han simbolizado la vida se constituyen en sinónimo de muerte. Y hay preocupación.

Muchos quieren saber acerca de la epidemia del VIH/SIDA, la forma cómo se transmite, cómo prevenirla, qué hacer con un enfermo, la responsabilidad que le cabe a la sociedad, etc.

En nuestro país, especialmente entre los padres de familia hay una legítima inquietud considerando las sostenidas campañas de prevención que se han venido haciendo. Su preocupación es del todo comprensible, particularmente la de aquellos que tienen hijos adolescentes expuestos a modelos hedonistas de la sexualidad y a un tipo de educación sexual con marcado acento en lo meramente biológico. Esto ciertamente no contribuye a una formación en el ámbito de la sexualidad que integre todos los aspectos del ser humano y no sólo lo meramente genital.

A ello se suma el hecho de que en

Chile, la celebración de matrimonios ha disminuido; muchos jóvenes viven sin su padre y/o su madre, y éstos tienen además largas jornadas de trabajo que dificultan al máximo la labor educativa. Por otra parte, entre los jóvenes hay un significativo aumento del consumo de alcohol y, entre muchos de ellos, la iniciación de la actividad sexual es también cada vez más temprana. Todo esto repercute negativamente en una adecuada formación de la conciencia moral en relación con la sexualidad humana.

Junto a los preocupantes hechos señalados, en mi caso personal, también me ha tocado conocer de cerca el inmenso sufrimiento que experimentan las personas portadoras de VIH o bien los enfermos de SIDA. Incluso hay quienes además de tener que hacer frente a la enfermedad, muchas veces son injustamente discriminados, lo que no ayuda a que asuman de buena manera su enfermedad y caen muchas veces en depresiones por falta de apoyo y comprensión.

Estas razones me han motivado a investigar acerca del VIH y SIDA cuyo resultado presento a continuación. Este documento no pretende mostrar erudición en la materia, sino solamente informar del modo más completo posible acerca de las múltiples aristas que presenta esta infección. No quiere tener un tono alarmista, pero tampoco subvalorar los hechos que merecen, sin lugar a du-

das, una reflexión que involucre a todos los estamentos de la sociedad. Asimismo, pretende también ser una guía para que los padres de hijos adolescentes puedan responder del modo más adecuado a las múltiples y no siempre fáciles preguntas de sus hijos en esta materia.

Además de los datos epidemiológicos que ofrezco en este documento, tomo una clara posición en relación a la sexualidad humana. Esta claridad brota del convencimiento de que la visión propuesta se muestra muy atractiva, muy hermosa, y conforme a la dignidad del ser humano y de su cuerpo y que, además, es la única que contribuye de manera cierta a terminar con la transmisión del VIH. Esta antropología desde la que miro el tema está sustentada en una gran confianza en el hombre, en su inteligencia y en la capacidad que posee de acercarse a la verdad, conocerla y hacerla suya, y desde ella fundar valores fundamentales que inspiren las decisiones. Dicho de otro modo, sólo desde la verdad de la persona y la dignidad que lleva grabada es posible buscar los medios y los remedios para enfrentar de manera adecuada el tema que ocupa estas páginas. Pero además, en el contexto del diálogo que debe imperar toda reflexión ética, pretendo estimular una reflexión en torno al concepto de autonomía en las personas que tienen responsabilidades sociales, las que en virtud de la información que proveen, pueden inducir a to-

mar decisiones que ponen en riesgo la vida propia y la de terceros, especialmente de los grupos más vulnerables como son los jóvenes y los pobres.

La lógica que mueve este documento es la del respeto a todos los seres humanos, independientemente de su estado de salud, y el genuino interés en conocer todos los aspectos involucrados en esta enfermedad, en virtud del derecho de cada persona a tener acceso a la información correcta sobre la enfermedad, de tal forma de poder encontrar los modos más adecuados para terminar con este flagelo.

A través de este trabajo busco colaborar con todas las instancias sociales que están involucradas en esta enfermedad, especialmente con quienes la padecen y con los sectores de mayor riesgo en la perspectiva de una eficaz prevención. También quiere ser una ayuda a las familias de los enfermos que no encuentran apoyo suficiente para cuidarlos adecuadamente y la dificultad para darles un tratamiento oportuno por lo oneroso que resulta. Del mismo modo, este trabajo va dirigido a los colegios que pueden verse injustificadamente tentados a discriminar a los niños portadores de VIH no permitiéndoles el ingreso o bien cancelándoles la matrícula, o a no saber de qué manera tratar esta información que resulta muy confidencial. Así también, va dirigido a las empresas que muchas veces

han discriminado a los portadores, lo que constituye una violación a la dignidad de la persona, así como a los trabajadores del área de la salud y que tratan con enfermos de SIDA o portadores de VIH. Este estudio va dirigido de modo muy especial a los medios de comunicación social que constituyen un canal privilegiado para dar una adecuada información a la población acerca de esta enfermedad y que, por constituir el único medio de información de una amplia porción de la población, pueden influir significativamente en los comportamientos de ésta.

Por último, espero que este estudio sea un aporte para aquellas personas que tienen responsabilidades en el ámbito de las políticas públicas en salud y educación, y sea un instrumento de diálogo en los Comités de Ética de los hospitales y reuniones de formación en general. Espero sinceramente que este trabajo que surge del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile sea una ayuda para todos quienes tenemos responsabilidades en el ámbito de la educación y la salud.

Agradezco a un grupo importante de médicos, enfermeras, abogados, periodistas, filósofos, sacerdotes, alumnos de la diversas carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y profesionales de otras áreas por el apoyo que me han dado y su desinteresada ayuda en los

ámbitos propios de su competencia.

1. ASPECTOS CIENTÍFICOS Y EPIDEMIO-LÓGICOS

1.1. ¿Qué es el VIH y el SIDA? [1]

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus que infecta a las personas provocando una importante alteración en la inmunidad a través de la destrucción de los linfocitos-T. Por esto, a los individuos infectados se les genera una inmunodepresión que los hace vulnerables a una serie de agentes infectantes produciendo "infecciones por oportunistas".

La máxima expresión de este déficit inmunitario es el SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida), que es la etapa avanzada que sufre el sujeto portador del VIH, en la cual desarrolla múltiples infecciones por microorganismos relativamente inofensivos para las personas con inmunidad normal. Dentro de las infecciones oportunistas más frecuentes podemos citar: Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Encefalitis por *Toxoplasma gondii*, Retinitis por *Cytomegalovirus*, Candidiasis esofágica, diarrea por *Cryptosporidium parvum*, etc. El desarrollo de estas infecciones, la susceptibilidad al desarrollo de tumores tipo Sarcoma de Kaposi, linfoma, etc. o enfermedades

neurodegenerativas como la Encefalopatía por VIH, la Leucoencefalopatía multifocal progresiva o la emaciación producida por el mismo VIH llevan finalmente, a la muerte del enfermo.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1981, en un brote de neumonía por *Pneumocystis carinii* y Sarcoma de Kaposi que afectó a un grupo de hombres jóvenes homosexuales en U.S.A. Tres años más tarde el VIH fue aislado y reconocido como la causa del SIDA. Era muy difícil imaginar en ese momento la magnitud de la epidemia que estaba por comenzar, así como sus efectos sociales y políticos.

1.2. ¿Cómo se transmite?

Es muy importante conocer cómo se transmite la enfermedad no sólo por sus implicancias médicas, sino también, como veremos más adelante, por las implicancias éticas de las diferentes formas de contagio y las posibles formas de prevención. Como esta infección se transmite de persona a persona existe acuerdo unánime en lo fundamental que resulta disponer de una información adecuada, completa y veraz sobre ésta, así como de la correcta y oportuna educación de todos los sectores de la población empezando por los padres, profesores de todos los niveles de educación, trabajadores del área de la salud, y me-

[1] Cf. Sgreccia E., *Manuale de Bioética, Volume II*, Vita e pensiero, Milano 2002, 269-320.

dios de comunicación social.

El VIH se transmite de las siguientes formas:

- A. A través de relaciones sexuales homo-sexuales o heterosexuales. La promiscuidad sexual aumenta considerablemente la probabilidad de contagio, aun cuando una sola relación sexual con una pareja infectada puede ser suficiente para adquirir la enfermedad. Es sabido que el mayor riesgo de contagio lo tienen los hombres homosexuales pasivos, y que el traspaso del virus de hombre a mujer es tres veces mayor que a la inversa, por razones de orden anatómico, biológico y de comportamiento. La conducta homosexual es especialmente propensa a la transmisión debido a que el recto es una zona muy vascularizada y absorbente, así como por la violencia traumática de este tipo de relaciones que favorece los desgarros vasculares. Ha de quedar en claro, en todo caso, que no es el hecho de ser homosexual o bisexual lo que hace que se adquiera el VIH y el SIDA, sino más bien las conductas sexuales de las personas (número de parejas, promiscuidad).
- B. A través de la sangre, aun en pequeñas cantidades, como es el caso que se pue-

de dar por parte de los individuos tóxico-dependientes que intercambian jeringas contaminadas con virus para drogarse.

- C. A través de la transfusión de sangre contaminada o sus derivados.
- D. De la madre VIH positiva hacia el hijo, ya sea durante la gestación por vía transplacentaria, durante el parto, a causa del contacto con sangre y/o secreciones vaginales, o bien después del parto a través de la lactancia.
- E. En mucha menor escala, y siempre y cuando no se tomen las medidas adecuadas de profilaxis, (prevención), también puede haber en los profesionales de la salud contagio accidental (médicos, enfermeras, dentistas, etc.) por pinchaduras de agujas o jeringas contaminadas o durante intervenciones quirúrgicas. [2]

Es muy importante señalar que no hay ningún caso registrado de transmisión del virus a través del beso, ni tampoco por motivos de convivencia, uso de baños, cocina, toallas, cubiertos, peinetas, vasos. De ahí que la convivencia diaria con una persona infectada con VIH no es un riesgo para las personas sanas que la rodean, por lo que resulta infundado y

[2] Ver un completo estudio al respecto en Gomes dos Reis Aves E., de Paula Ramos D., *Profissionais de Saúde: vivendo e Convivendo com HIV/SIDA*, Editora Santos, 2002. "...a pesar de que la preocupación por parte de los profesionales en especialidades quirúrgicas está aumentando, en estos estudios la distribución de trabajadores sanitarios con peligro bien definido de infección VIH, era similar a la de los que carecían de riesgo identificado...el riesgo de infección del VIH es extremadamente bajo; probablemente menos de uno cada 200 incidentes de contacto con membranas mucosas o inoculación parenteral de sangre, fluidos o excreciones infectadas". Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) Informe Hasting.

muy injusto aislar a los enfermos de la vida familiar y social.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es muy poco resistente a las condiciones ambientales y tiene dificultades para sobrevivir fuera del organismo, destruyéndose fácilmente con el calor y con los detergentes habituales.

En síntesis, la transmisión sólo puede ocurrir por vía sexual, parenteral o vertical (de madre a hijo).

1.3. Del VIH al SIDA [3]

Tras el momento del contagio, hay un primer período de infección conocido como "período de ventana" que se caracteriza por la ausencia de anticuerpos. Posteriormente, tras un tiempo que puede durar entre 3 y 30 semanas (aunque en el 99% de los casos se da dentro de los 6 primeros meses de la primoinfección) se verifica la llamada seroconversión [4], vale decir, una persona hasta entonces seronegativa (sin anticuerpos) pasa a ser seropositiva (ELISA VIH IgG negativa _ ELISA VIH IgG positiva). Esto significa que el sistema inmune reconoce al virus y forma mecanismos de defensa frente a él, entre ellos los anticuerpos.

En algunos sujetos el período ini-

cial ("de ventana") puede ser sintomático, con fiebre, presencia de adenopatías, faringitis, *rash* cutáneo y ocasionalmente manifestaciones neurológicas, lo que puede permitir llegar al diagnóstico precozmente. En la mayoría de los casos, sin embargo, este período pasa inadvertido.

En esta etapa el virus se multiplica rápidamente y es posible detectar muy altos niveles de carga viral en el plasma, es decir, cientos de miles de partículas virales por cada mililitro de plasma. En este período inicial, por tanto, el individuo es altamente transmisor, básicamente debido a que la cantidad de virus en el plasma se correlaciona directamente con la cantidad de virus en el fluido genital masculino y femenino.

Es importante repetir que en este momento el individuo puede lucir perfectamente sano, tener el test de anticuerpos para VIH negativo (no muestra la presencia de la enfermedad) y ser, sin embargo, altamente transmisor durante la actividad sexual. En este caso la persona puede ignorar su estado de infectado, o reconocer su potencial riesgo de infección.

Luego viene un segundo período, que se caracteriza porque el portador del virus no presenta sintomatología, pero la infección sí se detecta por la presencia

[3] Cf. Sepúlveda C., *Sida*, Editorial Universitaria 1998, 76-90.

[4] Seroconversión: aparición de anticuerpos en una persona previamente seronegativa, es decir, sin anticuerpos.

de anticuerpos anti VIH en la sangre (generalmente a través de la técnica de ELISA). Estas personas suelen denominarse "portadoras asintomáticas". En este período, las personas pueden ser diagnosticadas en chequeos médicos o en estudios de tamizaje en donantes de sangre.

Este período de latencia puede durar entre 2 y 20 años. Sin embargo, en el 50% de los casos, la enfermedad se desarrolla dentro de 10 años. También existe riesgo de transmitir la enfermedad en esta etapa.

Finalmente, hay un tercer período que se caracteriza porque la persona presenta un bajo número de los linfocitos CD4, que la hace vulnerable a las infecciones oportunistas. Esta es la etapa en que se presentan los signos y síntomas característicos de la inmunodeficiencia del SIDA. Antes de que existiesen terapias antirretrovirales, como las disponibles actualmente, la supervivencia de los sujetos que debutaban con una infección oportunista no superaba un año.

En este momento, en cambio, gracias a los resultados de las combinaciones de medicamentos conocidas en nuestro país como triterapia, el pronóstico de la enfermedad ha mejorado radicalmente para los pacientes que acceden a este tratamiento en forma continua y mantenida.

Es muy importante aclarar que la persona infectada transmite el virus de acuerdo con sus cargas virales (concentraciones de virus) en la sangre. Por ello es que los pacientes que acceden a la triterapia disminuyen el riesgo potencial de transmisión, y por lo mismo es tan importante realizar el diagnóstico precoz y mantener a los pacientes en control y tratamiento, especialmente en el caso de mujeres embarazadas.

Según el informe del CONASIDA en Chile los recursos financieros destinados al tratamiento de enfermos con VIH ascendió el año 2000 a aproximadamente 9.000 millones de pesos, de los cuales 2.913 millones corresponden a hospitalización y 5.954 millones a triterapia. [5]

1.4. ¿Qué pasa en el mundo?

Se estima que hacia fines del año 2002, 42 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VIH o bien ya habían manifestado la enfermedad del SIDA. De ese número de personas, 38,6 millones eran adultos, y de ellos 19,2 millones eran mujeres. Se calcula que hay 3,2 millones de infectados menores de 15 años.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula

[5] Ver Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, CONASIDA, Boletín epidemiológico semestral VIH/SIDA, Diciembre 2001.

que las nuevas infecciones por el VIH en 2002 ascendieron a 5 millones de personas, de los cuales 4,2 millones son adultos (2 millones de mujeres). Dicho año se infectaron, además, 800.000 niños menores de 15 años.

Por otra parte, se estima también que las defunciones causadas por el SIDA en el año 2002 llegaron a las 3,1 millones, de los cuales 2,5 millones corresponden a adultos (1,2 millones de mujeres). El número de niños menores de 15 años que falleció por esta enfermedad fue de 610.000. Asimismo, hasta la fecha, aproximadamente 14 millones de niños se han quedado huérfanos de padre o madre a causa del SIDA. Basten estas cifras para apreciar que el SIDA es una pandemia que exige una reflexión de largo aliento.

Pero también es interesante – así como alarmante y doloroso – señalar que cada día se producen 14.000 nuevos casos de infección en el mundo, de los cuales más del 95% se encuentran en los países en vía de desarrollo. De estos 14.000 nuevos contagiados diarios, aproximadamente 2.000 son menores de 15 años; y de los 12.000 adultos (15-49 años), el 50% son mujeres. Además, si desglosamos la categoría "adultos" por edades, se comprueba que más del 50%

de los contagiados diarios tienen entre 15 y 24 años de edad.

Ahora bien, si las cifras las desglosamos geográficamente, también vemos que de los 40 millones de infectados a nivel mundial, 28 millones se concentran en África, y otros 1,9 millones en América Latina y el Caribe [6]. Es decir, esta es una enfermedad que ha hecho estragos de modo especial entre los jóvenes y entre los estratos más pobres e indefensos de la sociedad.

1.5. ¿Qué pasa en Chile? [7]

En Chile, según datos del Ministerio de Salud, el primer caso de SIDA se notificó en 1984. Hasta el 31 de diciembre del año 2001 se estimaba que en las trece regiones del país los enfermos de SIDA eran 5.863 y 22.045 personas eran VIH+ asintomáticas. Hasta la misma fecha se había informado del fallecimiento de 3.230 personas por SIDA. Es decir, desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta fines del 2001, unas 27.908 personas han sido portadoras o enfermos de SIDA, de los que aún viven 23.920.

Los principales grupos de edad afectados son los que van entre los 20 y los 49 años, concentrando el 84,9% de los

[6] Para conocer de modo detallado las estadísticas de la enfermedad, recomiendo ver la página WEB de las Naciones Unidas.

[7] Para conocer la situación en Chile, recomiendo ver los datos que aporta el Ministerio de Salud. www.minsal.cl

casos. Los menores de 20 años representan el 2,6% y los mayores de 50, el 12,5%. En la actualidad, el SIDA representa en nuestro país la cuarta causa de mortalidad en hombres de entre 20 y 44 años, cifra que en la Región Metropolitana significa 149 por cada 100.000 hombres.

Si bien es cierto que una persona puede contraer la infección por distintas vías, es ampliamente sabido que en Chile la forma más frecuente de contagio es por una relación sexual con una persona infectada. En efecto, en nuestro país, de acuerdo con la información disponible al 31 de diciembre de 2001, el 93,9% de las personas que se infectan lo hacen por esta vía, y el 69% del total por relaciones de carácter homosexual o bisexual, predominando con creces los hombres que viven en zonas urbanas, con un 90% de los casos.

Sólo el 4,6 % se ha infectado por contacto sanguíneo y en el 1,5% de los casos la infección se transmitió de madre a hijo.

En términos generales, la tasa de infectados en nuestro país es en promedio de 28 personas por cada 100.000 habitantes, pero en la Región Metropolitana sube a 48,6 por el mismo número de habitantes. La posibilidad de infección es mayor entre la población homosexual y bisexual, aunque progresivamente se ha ido extendiendo también a mujeres hete-

rosexuales que han tenido contacto sexual con bisexuales.

El análisis de los casos de SIDA acumulados en Chile desde el inicio de la epidemia en 1984 nos muestra que la mayor proporción está centrada en los hombres. Sin embargo, esta proporción va variando, pues el crecimiento relativo de las mujeres infectadas (por las diversas vías de transmisión) mantiene un sostenido aumento. En el año 1990, por ejemplo, la proporción entre los enfermos de SIDA era de 28,4 hombres por cada mujer, mientras que en el año 2000 esta proporción fue de 6,9 hombres por mujer. En relación con los portadores, de 6,6 hombres por mujer se pasó a 4,2 hombres por mujer, en el mismo período. Con estos datos se demuestra una clara feminización de la enfermedad.

Pero, además, la tendencia de la distribución de los casos entre las mujeres infectadas que declararon exposición heterosexual frente a los hombres que adquirieron la enfermedad por vía homosexual y bisexual, muestra un aumento de gran significación estadística para las primeras en la comparación de los períodos 90-92 versus 96-98. Esto indica, por primera vez en nuestro país, una expansión de la epidemia entre las personas heterosexuales.

Todas estas cifras señalan de modo patente que la infección por VIH/SIDA es

un problema grave, y no es un problema que sólo afecte a los países desarrollados, ni a los homosexuales, ni a los hombres. Por ello urge –nos urge– encontrar un modo de frenar la expansión de esta pandemia. Pues bien, en este documento pretendo esbozar una salida auténticamente humana para este flagelo. El telón de fondo que va a acompañar toda esta reflexión, por tanto, es que la problemática de la prevención lleva grabada en sí un fuerte componente moral, en cuanto involucra actos humanos. Por esta razón, las decisiones en el campo de la prevención no son neutras desde el punto de vista moral; llevan de modo implícito una visión del hombre que obliga a un discernimiento ético para evaluar su bondad o maldad.

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

2.1. El respeto debido a los enfermos

No todas las personas infectadas por virus VIH o enfermas de SIDA se contagian por su responsabilidad, pero incluso cuando ello haya sido así, no hay ninguna justificación legítima para estigmatizarlas ni discriminarlas familiar, social o laboralmente. A los infectados por VIH y a los pacientes de SIDA se les debe tanto respeto y asistencia como a cualquier otro enfermo, e incluso más,

pues los enfermos con infección por VIH muchas veces viven solos su dolencia, y caen rápidamente en depresión [8]. Los sentimientos de culpabilidad, rabia, y ansiedad ante la incertidumbre y la discriminación los acompañan en el diario vivir, por lo que requieren, más que otros, de un particular apoyo.

Considerando que los dilemas éticos que se presentan en el caso de los enfermos de VIH y SIDA se deben analizar a la luz del bien de la persona que se pone como centro y fin de la medicina y del actuar médico, es fundamental insistir en la obligatoriedad por parte del médico y del personal de salud de atender y apoyar a las personas infectadas. La razón última de esta obligación se halla en que el enfermo se encuentra en una situación de fragilidad y sufrimiento tal que le corresponde en primer lugar que se le ayude a cuidar su salud y vida. Es en este contexto en el que se revela el significado mismo de la profesión médica que más que un mero oficio que presta servicios a un "cliente" es un mandato moral del que la sociedad reviste a alguno de sus miembros formándolos con competencia y habilidades propias y que en virtud de la función eminentemente social que ejerce no puede quedar exclusivamente a discreción del profesional [9]. Es ilustrativo al respecto el hecho de que el

[8] En Nueva York la tasa de suicidios entre hombres con SIDA es 36 veces mayor que entre otros hombres de la misma edad. Summerfield D., *HIV infection – discrimination and criminalisation*, The Lancet (April 29) 1989:957.

[9] Cf. Palazzani L., et al., *La fondazione dell' obbligo morale al trattamento dei pazienti con infezione da HIV*, Medicina e Morale 3 (1991): 445-463; Jecker N.S., *The responsibility to treat AIDS patients*, AIDS patient Care 4,1 (1990): 2-4.

primer código de la Asociación Médica Americana del año 1847, y que hace suya el Comité de asuntos Éticos y Jurídicos de la misma Asociación el año 1987, sostenía que "cuando se encuentre frente a una epidemia, el médico debe continuar con su trabajo sin preocuparse del riesgo para su propia salud" y que "en caso de pestilencia es deber del médico afrontar el peligro y continuar su propio trabajo para aliviar los sufrimientos de los pacientes, aunque ponga en riesgo su vida".

Asimismo, el paciente que sabe que está infectado está igualmente obligado a revelar su situación al personal que lo atiende. No existe riesgo de contagio en una atención profesional que se realiza según las normas de higiene que se han de conservar en toda práctica profesional. Lo propio del ethos del médico es preocuparse por la salud de las personas. Claro que esta obligación exige que tenga las condiciones adecuadas para desarrollar su trabajo, lo que es resorte de la sociedad toda. La asistencia médica debe realizarse aun en el caso de que la muerte del enfermo sea inminente, con cuidados paliativos, además de la asistencia humana y espiritual que una situación de esta índole ame-

rita. En ese sentido, el trato caritativo que se realiza a los infectados y enfermos y a sus familias en muchos policlínicos, hospitales y clínicas por parte de los equipos de salud es loable. Debe destacarse, y en modo particular en Chile, la Clínica La Familia que fundara el Padre Baldo Santis en Santiago, destinada a cuidar y acompañar a enfermos terminales, como testimonio de acogida y servicio a los enfermos en la etapa final de sus vidas.

Es importante destacar el trabajo anónimo de muchísimas personas que están al cuidado de estos enfermos a lo largo del país, incluyendo a las familias que han debido asumir, no sin dificultad, los gastos y cuidados de ellos.

Otro tema no menor es el infundado miedo que experimentan algunos padres de familia de que niños con el virus compartan la vida escolar con sus hijos. En realidad, una actitud de este tipo además de injusta, porque bajo esas condiciones de convivencia no hay posibilidad de adquirir la enfermedad, es poco solidaria ya que parte importante de la terapia de estas personas consiste en llevar una vida lo más normal que les sea posible [10].

[10] El Consejo de Europa plantea en la Recomendación R (89) 14 en la sesión dedicada a la confidencialidad en los colegios que "el personal de medicina escolar, los profesores y los demás agentes del sector con obligaciones educativas respeten vigorosamente los principios de reserva; las decisiones de informar de la presencia de un niño o de un adolescente infectado de VIH, se hagan solo en el interés de la persona, caso por caso, y en base a una consulta, si es posible, entre la persona infectada, los padres, los profesores, y los operadores sanitarios". La ley Italiana dice que "el diagnóstico de infección VIH no puede constituir motivo de discriminación, en particular para inscribirse en la escuela, para el desarrollo de actividades deportivas, y para el acceso a un puesto de trabajo o mantenerse en él". Legge 5 giugno, n°135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS*, art.5.

Lo mismo acontece en el ámbito laboral. Desde este punto de vista resulta éticamente inaceptable terminar con el contrato de una persona portadora de VIH, la que debe ser tratada como cualquier otro trabajador que adquiere una enfermedad, con sus mismos derechos y sus deberes [11]. En este sentido la ley en Italia es clara cuando afirma que "está prohibido a los empleadores públicos o privados, realizar investigaciones tendientes a saber si los empleados o los postulantes a un puesto de trabajo son seropositivo" [12].

Ahora bien, si el lugar de trabajo perjudicara la salud del enfermo, se deberían tomar las medidas pertinentes para que esta persona realizara otro trabajo o en otro lugar menos dañino para su salud. En este caso, el cambio no se justifica por el hecho de que la persona está infectada sino en función de su salud, que es un valor prioritario y jerárquicamente superior a su trabajo.

2.2 El tema de la confidencialidad

Uno de los problemas morales que se ha planteado en relación con la epidemia del SIDA es el del secreto profesional,

pilar fundamental de la relación del médico con el paciente. Dado que quienes son portadores del VIH pueden infectar a terceros, muchos médicos se preguntan hasta qué punto están obligados a guardar el secreto profesional si es que su silencio puede implicar que personas inocentes se infecten. El problema, por lo tanto, consiste en cómo compatibilizar el secreto profesional del médico y del equipo que atiende al paciente con la exigencia ética que surge de evitar un mal a aquellas personas que, de mantenerse un riguroso secreto profesional, se van a infectar y corren peligro de morir.

Para resolver este dilema, hay que empezar reconociendo que la salud no es sólo un bien personal, sino también un bien social. Por ello, hay ahora un cierto consenso en el sentido de que el interés social de la salud exigiría la revelación del secreto profesional, cuando el silencio riguroso, que en otras circunstancias se exige, pudiera hacer peligrar la vida de terceros. Así, una primera conclusión importante, es que a la luz del valor de la vida humana se aprecia que el secreto profesional no es un valor absoluto, y que bajo ciertas condiciones puede revelarse. Para la Asociación Médica Ameri-

[11] En Francia la ley del 12 de julio del 1990 estipula que ningún asalariado puede ser sancionado o licenciado en razón de su estado de salud o de su handicap, salvo inaptitud constatada por la medicina laboral. Esta ley, además, impide todo tipo de racismo en relación a los enfermos en la vida profesional. Cf. Consejo de Europa, *Recommandation N°R (89) 14* Du Comité des Ministres aux Etats Membres sur les incidences éthiques de l' infection VIH dans le cadre sanitaire et social.*

[12] Legge 5 giugno, n°135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS*, art.6.

cana una razón por la cual se plantea que el secreto profesional no es un valor absoluto es que se identifica la responsabilidad del médico con la de prevenir la difusión de enfermedades contagiosas y, como obligación ética, reconocer el derecho de discreción y confidencialidad de las víctimas del SIDA. Por lo que postula en relación con el tema de la confidencialidad que "Idealmente el médico debiera tratar de persuadir a la persona infectada a dejar de exponer a un tercero en juego: si la obra de persuasión no obtiene resultados, la autoridad debiera ser informada; y si la autoridad no toma las previsiones correspondientes, el médico debiera informar y aconsejar a la tercera persona en riesgo" [13].

Esta tesis, que cada vez encuentra más adeptos, se deriva de un principio de justicia, por cuanto lo que se pretende es evitar un daño injusto a terceros inocentes.

En concreto, entonces, las condiciones para realizar la revelación del secreto profesional son:

- a. Que la necesidad de revelar nazca de la exigencia de tutelar un bien y/o un derecho igual o superior a aquel que se quiere resguardar. En este caso sería la vida.
- b. Que el médico haya hecho toda tenta-

- tiva para convencer al paciente de la necesidad de revelar el secreto.
- c. Que no haya otro modo para tutelar la salud del paciente.
- d. Que se adopten todas las cautelas y que se le ofrezca asistencia psicológica al informado.
- e. Que no se revele más de lo que el fin de tal revelación exige.
- f. Que el destinatario de la revelación sea la persona que está en peligro de contagio. [14]

Dada la complejidad del tema y las implicancias que la revelación de una información de esta índole puede tener, es importante un adecuado apoyo para el médico que se halla en la situación de revelar o no un secreto obtenido en el ejercicio de su profesión.

2.3 El tema ideológico

Ejercer la sexualidad con quien se desee, es decir igualando en su significación cualquier unión afectiva, incluso de personas del mismo sexo, y desvinculándola de la procreación, se postula como uno de los derechos fundamentales de una sociedad "democrática y pluralista". Tanto es así que existe un proyecto de ley presentado por algunos diputados de nuestro país sobre "Derechos sexuales y

[13] Cf. Asociación Médica Mundial, Informe YY, 1987. Cita tomada de Boroni V., *Infezione da HIV e segretezza professionale*, medicina e Morale 3 (1991) 417-444.

[14] Cf. Sgreccia E., *Manuale de Bioetica*, op.cit., 297-299.

reproductivos" que plantea explícitamente en su articulado: "Se reconoce el derecho a toda persona a ejercer la sexualidad independientemente de la procreación, y la libertad para elegir con quién vivir la sexualidad".

Detrás de la impresionante promoción que se ha hecho del uso del preservativo como medio para prevenir que se siga expandiendo el VIH, se esconde una estrategia de índole ideológica que trasciende con creces el interés propiamente sanitario. Estas campañas están sostenidas por la ideología del sexo libre y seguro –ya sea homo, bi, o heterosexual– que concibe la libertad como un absoluto, al margen de cualquier verdad o norma objetiva. Quienes optan por este camino se imposibilitan a sí mismos de conocer la verdad que la realidad del amor humano lleva grabada en sí, y menos pueden comprender entonces lo que al valor de la sexualidad y la vida se refiere. Esta visión está empapada por una visión nihilista del hombre, del mundo y de la historia, amparada por un gran escepticismo frente a la posibilidad de conocer la verdad, cuyas consecuencias, sin embargo, no se dejarán (y no se han dejado) esperar.

En este contexto de autoexaltación del yo y de las potencias inferiores del hombre en desmedro de las superiores, se percibe el VIH y el SIDA como una amenaza a la libertad individual de las personas para ejercer su actividad sexual. Detrás de la publicidad para prevenir el SIDA, más que una auténtica promoción de la salud, se predica una visión del ser humano (por cierto lamentable).

La difusión de los preservativos tiene por finalidad compatibilizar la "libertad" de las personas a tener relaciones sexuales con la seguridad de no contagiarse de VIH y enfermarse de SIDA. Este objetivo, en el largo plazo, no se podrá lograr, pues aplica la misma lógica de las campañas que promueven productos anticonceptivos, de forma de tener relaciones sexuales sin engendrar, y que ya se han probado ineficaces [15]. Resulta muy contradictorio que se promueva la llamada "anticoncepción de emergencia" [16] justamente para el caso en que los preservativos fallen, y por otra parte se diga que el preservativo impide contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

Por otra parte, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) dependiente

[15] Cf. Pearson V.A.H., Owen M.R., Phillips D.R., Pereira Gray D.J., Marshall M.N., *Pregnant teenagers knowledge and use of emergency contraception*, British Medical Journal 330 (1995) 1644.

[16] Píldora a ser ingerida después de una relación sexual y que actúa, de acuerdo a la información que da quienes la producen, ya sea impidiendo la ovulación o incluso, de haberse producido la fecundación, puede evitar la implantación del embrión en el endometrio, lo que lo conduce a su muerte.

del Ministerio de Salud, elaboró un documento titulado "SIDA, las respuestas de Chile", en el que, además de la educación, la prevención personal, grupal y social, y la creación de redes de trabajo con asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, se propone como estrategia para abordar la epidemia la promoción del reconocimiento social de la eficacia del condón y el incremento de las importaciones del preservativo.

No cabe duda de que han trabajado con eficiencia y han logrado resultados: el año 1990 se importaron en Chile 2,6 millones de preservativos, el año 1998 el número subió a 15,7 millones. Sin embargo, no se percibe el mismo empeño en generar cambios de conductas reales en lo que a la vida sexual se refiere, los cuales sí son eficaces en prevenir la difusión de la enfermedad.

Al mismo tiempo, y a pesar de esta ingente cantidad de preservativos que se ha puesto a disposición de las personas, especialmente de los jóvenes, las notificaciones de los casos de SIDA en el último trienio indican que la curva de crecimiento sigue siendo ascendente. Este contraste debería hacer reflexionar sobre la eficacia real del preservativo, y la conveniencia de gastar los escasos recursos del país en ellos.

El tema de fondo es que no se

puede buscar la solución al problema del SIDA al interior de la misma lógica que produce la enfermedad, es decir, el permisivismo sexual. Ello no logra otra cosa que potenciar el motivo que está en el origen de la enfermedad: una vida sexual despersonalizada. La respuesta hay que buscarla en la lógica del valor de la castidad, de la fidelidad, y de la responsabilidad respecto del otro.

Una difusión masiva de preservativos de alguna manera denota muy poca confianza en que las personas puedan ser verdaderamente un factor importante de cambios personales y sociales, es decir, delata un paternalismo inaudito. Asimismo, muestra también muy poco interés en querer ayudar a solucionar los problemas reales de las personas que las llevan al contagio, como la ignorancia, la pobreza, la promiscuidad, etc. El camino que la autoridad ha elegido es el más cómodo, pero al mismo tiempo, el menos solidario y el del fracaso anunciado.

2.4 A propósito del preservativo: seudoseguridad

Dejando de lado las consideraciones morales, para centrar la atención únicamente en el dato científico, es sabido que el preservativo, como método para impedir un embarazo, es uno de los más ineficientes [17]. En efecto, la litera-

[17] Recomendando Suaudeau J., *Le "sexe sur" et le preservatif face au défi du SIDA*, Medicina e Morale 4 (1997): 689-726.

tura muestra cómo el índice de Pearls es del 7 al 15% de ineficiencia en comparación, por ejemplo, con las píldoras anti-conceptivas, que son ineficientes en el 0,5%. Por otra parte, el preservativo tampoco es seguro para prevenir el SIDA. Como el virus del VIH es 500 veces más pequeño que los espermatozoides, quien usa el preservativo puede tanto infectar a otra persona como ser infectado por su pareja. Varios estudios indican que el uso del preservativo puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de contagio por la vía sexual [18]. Al respecto es importante lo que afirma la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América: "Hay que hacer notar, sin embargo, que el uso del preservativo reduce pero no elimina totalmente el riesgo de transmitir la infección del VIH" y que "'Sexo seguro' es ciertamente 'sexo más seguro' pero no es completamente libre de riesgos" [19]. Desde este punto de vista, resulta obvio que se ha de ser extremadamente cuidadoso, pues en una materia donde lo que se arriesga es la vida propia y la de los demás (una enfermedad con tan alta tasa de mortalidad), no se puede proponer y promover, sin más, un método comprobadamente

poco eficiente frente a una enfermedad con alta tasa de mortalidad y con hondas repercusiones familiares, sociales y económicas.

Proponer y promover un método de prevención de contagio de VIH que no es seguro requiere haber realizado antes una seria reflexión moral, por cuanto existe una gran desproporción entre el bien que se pretende obtener con una relación sexual y el riesgo de atentar en contra de la propia vida y de la de los demás, en caso de producirse la infección.

Si tras el discernimiento, se insiste en promover dicho método, es bastante cuestionable desde el punto de vista ético que se haga creer a la gente que el uso del preservativo es seguro si en la práctica no lo es, porque una falsa seguridad puede llevar a una creciente falta de responsabilidad de la actividad sexual, aumentando el número de contactos sexuales, y, por tanto, el riesgo de contagio. Las campañas para que sean eficaces deben tener como objetivo educar para promover los comportamientos que eliminan o reducen el riesgo de infección. Para que

[18] Ver Fishl M.A. et al., *Evaluation of Heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS*, Journal of American Medical Association 257 (1987):640-644; Reviews of Infections Diseases (1986): 300; Beytout D., Chambon M., et al., *Une méthode simple et rapide de controle de l'imperméabilité aux virus des preservatifs*. La presse Médicale 18 (1989): 1651-1653; De Vincenzi I., et al., *A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners*, The New England Journal of Medicine 331 (1994): 341-346; Sgreccia E., *Manuale de Bioetica*, op.cit., 316.

[19] Infection Diseases Society of America, *The acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, The Journal of Infectious Diseases 158 (1988):282.

ello ocurra hay que tener presente el ambiente cultural actual de la sociedad que en realidad no facilita el hacerse cargo de los impulsos sexuales, así como el valor estadístico del grado de protección real del preservativo. Al respecto, un estudio muestra que el riesgo absoluto de una persona a infectarse teniendo relaciones sexuales con una pareja sin condón es igual al de aquellos sujetos que mantienen relaciones sexuales con condón con cinco parejas. Así el preservativo reduce el riesgo cuando se trata de una sola relación pero no lo anula al aumentar el número de *partners* sexuales. El estudio plantea que la información técnica no basta para prevenir nuevas infecciones, sino que se ha de apelar a motivaciones más fuertes que deben ser sostenidas por toda la sociedad [20].

Por último, desde el punto de vista de las políticas públicas, cuando se opta por la salida más fácil de masificar la importación, la difusión y el uso de preservativos, se diluye al mismo tiempo la tarea educativa de promover condiciones más humanas de vivir la sexualidad. Los jóvenes, cuando se les educa, son perfectamente capaces de comprender la dignidad de la persona humana y el valor de la sexualidad como experiencia humanizadora, y el enriquecimiento de la persona cuando se vive la sexualidad como un

don de sí para siempre y abierto a la vida. En este contexto, la abstinencia no se presenta como un castigo, sino como un camino de formación de sí mismo, en vistas a la entrega generosa y total hacia el otro.

2.5 El caso de Uganda [21]

Está claro que el caso de Chile difiere sustancialmente del continente africano en general y de Uganda en particular, sin embargo, me parece muy pertinente conocer la forma cómo en dicho país africano han afrontado la epidemia. La confirmación empírica de que cambiar el comportamiento sexual es un remedio más potente contra el SIDA que promover el uso del preservativo, proviene de un informe de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) de Estados Unidos, publicado el pasado septiembre.

El estudio, «Declining HIV Prevalence, Behavior Change, and the National Response: What Happened in Uganda?», observa que Uganda «se considera como una de las historias de más rápida y mejor superación del VIH». La oficina del censo de Estados Unidos y la oficina del SIDA de Naciones Unidas calculan que el predominio de infección por VIH en dicho país llegó a cerca del 15% de la población en 1991 y ha caído al 5% en 2001. «Este dra-

[20] Cf. Fineberg H.V., *Education to prevent AIDS: prospects and obstacles*. Sciences 239 (1988) 592-596.

[21] Cf. www.webcindario.com

mático declive del predominio es único en el mundo, y ha sido tema de curiosidad desde mediados de los años 90», señala el documento del USAID.

El informe dice que la caída del predominio de VIH en Uganda se debe «principalmente a cierto número de cambios de comportamiento que se han identificado en algunas encuestas y en estudios cualificados». En particular, «El determinante más importante en la reducción de incidencia del VIH en Uganda parece ser una disminución de las relaciones múltiples y redes sexuales en general», concluye.

El USAID observa más adelante que la promoción de preservativos en Uganda se ha realizado en años más recientes, cuando ya habían tenido lugar las grandes reducciones en el VIH/SIDA. Los ugandeses tienen ahora considerablemente menos compañeros sexuales no regulares en todos los niveles de edad. En comparación con los hombres de países como Kenya, Zambia y Malawi: «los varones ugandeses en 1995 eran menos proclives a tener sexo continuamente (entre los 15 y 19 años), más susceptibles de estar casados y mantener el sexo dentro del matrimonio, y menos proclives a tener compañeros múltiples, especialmente

si nunca han estado casados».

En este sentido, el presidente de Uganda dio ejemplo a la nación con su postura al tratar la amenaza del VIH, animando a los líderes de la comunidad a «hablar claramente a la gente sobre retrasar su actividad sexual, abstenerse, ser fieles, 'cero devaneos', y usar preservativos (en ese orden estricto)».

Al respecto, Juan Pablo II dirigiéndose a los miembros del Cuerpo Diplomático acreditado en Tanzania les planteaba su convencimiento de que "... sin un renacer de la responsabilidad moral y sin reafirmar los valores morales fundamentales, todo programa de prevención basado solamente en dar información será ineficaz y, más aún, contraproducente. Aún más dañosas son las campañas que implícitamente promueven – por la falta de contenido moral y por la falsa seguridad que ofrecen—justamente aquellos modelos de comportamiento que han contribuido a la expansión de la enfermedad" [22].

2.6. Pareja mutuamente fiel y abstinencia

La Iglesia Católica, en esta materia, promueve la fidelidad en el matrimonio y la abstinencia sexual. Pero no propone es-

[22] Juan Pablo II, *i problemi di rifugiati e dell' AIDS esigono il riconoscimento dell'interdipendenza dei popoli*, L'Osservatore Romano 3-4/9/1990.

tos comportamientos sólo porque son el método más eficaz para prevenir la propagación de la infección, sino que los promueve porque representan de mejor manera el sentido verdaderamente humano de la sexualidad, en cuanto medio para una real y efectiva comunión de personas para la construcción de un matrimonio y una familia. En otras palabras, la Iglesia no está proponiendo una restricción costosa, un 'precio que pagar' para evitar el contagio del VIH/SIDA, sino, por el contrario, un crecimiento, un beneficio, una mayor libertad y mayor felicidad. Y este modo de conducta, además, verdaderamente constituye la manera más eficaz de prevenir la enfermedad.

En efecto, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta afirma que "las únicas estrategias totalmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada" [23]. Por esto es que urge que los esfuerzos en la prevención primaria incluyan la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto de la transmisión de VIH y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas. Si la misma ciencia concluye que el método de prevención más importante para evi-

tar la propagación de esta pandemia es educar y difundir la abstinencia o las relaciones sexuales monógamas [24], no hacerlo es una negligencia inexplicable.

Dado que lo que está en juego es la vida, en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única solución. Además, los medios para prevenir la difusión del VIH son tremendamente sencillos, sin embargo, los contactos heterosexuales y homosexuales altamente riesgosos y el abuso de las drogas intravenosas sigue catalizando la expansión de la epidemia. Por ello, el cambio de conducta es la forma segura de protección y en esa línea debemos trabajar, sin embargo, parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo.

La misma Organización Mundial de la Salud, en la resolución del Consejo Ejecutivo del 29 de enero de 1992, dice: "La OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección". Y en el documento del 20 de enero de ese mismo año insistía: "Sólo la abstinencia sexual o una mutua fidelidad de por vida entre parejas no infectadas eliminan totalmente el riesgo de enfer-

[23] Center for Disease Control, Atlanta, *Condoms for Prevention of Sexually Transmitted Diseases*, Journal of American Medical Association 259 (1988): 1925.

[24] Cf. Infection Diseases Society of America, *The acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, The Journal of Infectious Diseases (1988) 158.

medades sexuales transmisibles".

Todo esto nos lleva a repetir que para terminar con la epidemia del VIH y del SIDA se ha de trabajar arduamente en la educación de las personas, de forma de promover conductas en el ámbito de la sexualidad que no sean causa de contagio.

Esta promoción coincide, además, con una visión de la sexualidad humana más acorde con la dignidad de las personas. Presupone la capacidad del hombre de percibir el bien de una vida sexual en el contexto del amor matrimonial, e intentar alcanzarlo con el dominio de sí mismo, haciendo uso adecuado de una auténtica libertad y, sobre todo, demostrando un gran amor hacia el otro.

3. CONSIDERACIONES POLÍTICAS Y LEGALES

3.1 Ley moral y ley civil

En relación con el tema que nos ocupa, no basta con saber en qué consiste la infección y la enfermedad, cómo se transmite y cuáles son los datos epidemiológicos disponibles. Tampoco basta con saber, a nivel individual, cuál es la mejor forma para evitar el contagio. Resulta fundamental preguntarse acerca del modo cómo la sociedad toda, a través del aparato público y sus instituciones, puede acercarse al tema en virtud de las consecuencias de carácter eminente-

mente público que éste tiene. Así como mostramos las obligaciones del médico en virtud del fin y el sentido de su disciplina, el Estado, cuya misión es velar por el bien común, no puede desentenderse de sus obligaciones en relación con el cuidado de la vida de los ciudadanos.

Dado que en nuestro país la mayoría de las personas acude a los servicios de salud que provienen del Estado, es importante preguntarse de qué manera éste y todos quienes allí trabajan se hacen parte en la prevención de la infección por VIH. Este tema es de la máxima importancia, pues el personal de salud puede verse fácilmente involucrado en una situación conflictiva a la hora de promover un método de prevención. Por una parte, como funcionario público siente la obligación de proponer los métodos que forman parte de las políticas de Estado, pero por otra, éstas podrían no coincidir con el conocimiento que él tiene acerca de su eficacia o con su escala de valores. Por esta razón es imperativo discernir de qué manera se articula la ley civil, ámbito propio del Estado, con la ley moral, ámbito propio de la búsqueda del bien integral de la persona. Para ello quisiera detenerme brevemente en algunas definiciones.

3.1.1. Ley moral

La ley moral natural es la reglamentación de los actos humanos que proviene de la misma naturaleza huma-

na, que tiene por fin la plenitud de la persona y que es susceptible de ser conocida por la razón de cualquier ser humano. Es decir, la ley moral natural se funda en la inclinación natural del hombre de aprehender lo bueno y de traducirlo en acciones [25]. Según Santo Tomás, los ámbitos de la ley natural son tres: 1. conservar la vida; 2. conservar la especie; 3. conocer la verdad. En este sentido, la ley natural prescribe lo que corresponde a tales inclinaciones [26]. Propio de la ley moral, entonces, es cuidarse y defenderse de agresiones que atenten en contra de la integridad física o moral de una persona, en virtud de que la vida es un bien precioso, el más grande y el fundamento de otros.

3.1.2. Ley civil

La ley civil, en cambio, llamada ley humana o positiva, es "un mandato de la razón ordenado al bien común, promulgado por quien está encargado de la comunidad" [27].

La ley civil es necesaria porque la ley moral natural se refiere a los primeros prin-

cipios, pero no da normas detalladas para las variadas situaciones que se presentan en la vida de los hombres. Dice Santo Tomás: "Así, es necesario que la razón humana dé los preceptos de la ley natural, en cuanto principios universales e indemostrables, y llegue a disponer de las cosas de manera más particular. Y estas particulares disposiciones, elaboradas por la razón humana, se llaman leyes humanas" [28].

Entonces, para que la ley civil que emana de la autoridad cumpla su objetivo, debe tener tres características: 1. Debe ser justa; 2. Debe ser útil al fin que persigue, es decir, al bien común; 3. Debe ser clara [29]. Aunque ambas leyes tengan ámbitos de influencia diferente, la ley civil no debe entenderse separada de la ley moral natural, por cuanto ambas miran a un mismo fin, es decir, ayudar a las personas a practicar la virtud de tal modo que se realicen y alcancen la felicidad.

Una de las características de la ley civil es que no puede ser considerada en abstracto, sino según las exigencias y las efectivas posibilidades de la mayoría de las personas, es decir, de la masa, que está

[25] Cf. Tomás de Aquino, *Summa Teologica* I-II, q.94, a.2.

[26] Cf. *Ibid.*

[27] *Summa Teologica* I-II, q.90, a.4. Esta ley, además de ser racional, debe tener un carácter universal. Santo Tomás entiende el bien común como aquel bien que es participado por todos y, por lo tanto, considera el bien del conjunto de la comunidad y no de un individuo o de una clase. En relación al ordenamiento legislativo, es el bien común el que debe animar toda norma o precepto.

[28] *Summa Teologica* I-II, q.91, a.3.

[29] *Summa Teologica* I-II, q.93, a.3.

formada por hombres no perfectos en la virtud [30]. Es por esto que esta ley no prohíbe todos los vicios, sino solamente los más graves, y de modo especial aquellos que dañan a los demás, como el homicidio, el robo y similares, sin cuya prohibición no puede subsistir la sociedad humana [31].

La ley civil o positiva, entonces, tiene un ámbito más restringido que la ley moral natural. La primera no pretende hacer virtuosos a los hombres, sino garantizar las condiciones mínimas para que todos puedan desarrollarse en aquellos aspectos fundamentales de su existencia, es decir, garantizar el respeto de los derechos del hombre. Por ello es que debe ser justa. La segunda, en cambio, tiene un campo de acción más amplio y tiene relación con la virtud de las personas; mira al hombre, en primer lugar, en su subjetividad. La ley civil marca un mínimo, la ley moral apunta al máximo. Pero ello no significa que la ley civil se desentienda de la ley moral, por el contrario, la función de la ley civil es la de de-

terminar y hacer obligatorio un medio concreto y contingente, a fin de conseguir que sea socialmente eficaz una prescripción de la ley natural, que no se puede desentender del bien integral de la persona y del bien común [32].

3.2. Tolerancia de la ley civil

A la luz de lo planteado, queda claro que no todo lo que es moralmente ilícito ha de ser sancionado por la ley civil. La ley civil, para que sea efectiva, ha de ser tolerante en algunos aspectos que no tocan a su fin, que es el bien común.

La tolerancia se define como "aquella actitud práctica que, si bien rechaza en línea de principio un modo de pensar o de actuar considerado erróneo, lo deja subsistir o por un motivo de respeto hacia la conciencia y la libertad ajena o por conveniencia práctica o de mal menor" [33].

En efecto, Santo Tomás plantea que: "... también en el gobierno humano,

[30] En efecto, "Los preceptos de la ley natural no son percibidos por todos de una manera clara e inmediata" *Catecismo de la Iglesia Católica* (CEC) 1960.

[31] Cf. *Summa Teológica* I-II. q.96, a.2. Por ello que "el derecho inalienable de todo individuo humano inocente a la vida constituye un elemento constitutivo de la sociedad civil y de su legislación" CEC 2273. Cf. Sgreccia E., *Manual de Bioética*, Editorial Diana 1996, 376.

[32] Se ha de entender por bien común el bien de la comunidad y no del individuo o de una clase solamente; es el bien que representa la perfección específica del hombre y no el interés de una persona en particular. El bien común, en cuanto fin de la ley es su razón de ser.

[33] *Tolleranza*, en Mondin B., *Dizionario enciclopedico del pensiero di San Tommaso D' Aquino*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 1991, 608. En efecto, como dice Sgreccia E., *Manual de Bioética*, op.cit., 376, "...la ley no coincide con la ética, no siempre puede evitar cualquier mal y cualquier abuso en el ejercicio de las libertades personales, sino que debe crear las condiciones objetivas para la eticidad de cada uno, para la realización de cada una de las personas".

quien manda tolera justamente ciertos males, para no impedir bienes, o también para que no haya males mayores" [34]. De acuerdo con lo planteado, se percibe que no se trata en caso alguno de aprobar un determinado comportamiento, sino simplemente tolerarlo en aras al bien común, que es el fin de la ley civil. Con todo, el hecho de que tolere algunos males no significa que la ley civil no tenga su propia moralidad.

3.3. Aspectos éticos y legales en la prevención del SIDA

Dados estos principios generales sobre la ley civil y la ley moral, podemos ahora aplicarlos al caso de la distribución de preservativos. Pareciera que el Estado no procede legítimamente cuando promueve el uso de los preservativos a través de propaganda pública en los medios de comunicación social. En primer lugar, por la comprobada ineficacia de este método de prevención. Segundo, porque esta propaganda no suele ser educativa, puesto que más bien genera en los jóvenes la sensación de absoluta normalidad en el tener relaciones sexuales, a condición de que sean "seguras". Ello ya es una visión antropológica sesgada. Por último, porque a la luz de la dinámica propia de las comunicaciones sociales, ello no puede sino aumentar los contactos sexuales y, por ende, aumentar precisamente los

riesgos de contagio que se pretenden evitar con la campaña.

A través de estas medidas propagandísticas, el Estado, sin proponérselo, renuncia a su labor primordial de educar a la población en este tema, y se convierte en un mero administrador de la sociedad, que se desentiende en relación con los valores morales y lo deja todo al criterio de cada uno de sus ciudadanos. Si bien esta política puede ser conveniente en términos de popularidad en el corto plazo, clarísimamente se opone a la razón de ser de la autoridad pública: velar por el bien común. La autoridad tiene explícitamente e implícitamente una labor educativa.

Debemos ser honestos y reconocer que detrás de las campañas que promueven el preservativo para tener "sexo seguro" hay una vertiente ideológica que reivindica una "libertad individual" absolutamente desvinculada de la verdad. ¡Cómo serían las críticas si el Gobierno de turno promoviera la castidad y la fidelidad conyugal! Quizás lo acusarían de fundamentalista, retrógrado y de que está promoviendo una visión del hombre que no todos comparten.

Por otra parte, y aplicando las definiciones de ley civil y ley moral, es bastante claro que el Estado no puede prohibir que se vendan preservativos. Al margen

[34] *Summa Theologica* II-II, q.10, a.11.

de que esta prohibición sería ineficaz, podría también traer males mayores como es el contrabando. Pero no prohibir difiere sustancialmente de promoverlos públicamente como un método seguro para evitar el contagio del VIH. Y en todo caso, dado que se venden, al menos se debería dar una información fidedigna acerca de su real eficacia en la prevención del contagio. Si no se da esta información se está cometiendo el grave ilícito de engañar a las personas, puesto que se les convence de que es un método seguro para evitar el contagio siendo que no lo es.

3.4. Casos críticos

Muchos se preguntan acerca de la licitud de usar preservativos para evitar el contagio por parte de aquellos enfermos o portadores que no están dispuestos a renunciar al ejercicio de la sexualidad. Está claro que quienes optan por este camino muestran una gran falta de responsabilidad, y además, falta de amor hacia aquel con quien tienen relaciones, puesto que pueden dañar a esa otra persona llevándola incluso a la muerte. Estas personas que no están dispuestas a dejar el ejercicio de la sexualidad, aun sabiendo que están infectadas y que, por tanto, pueden infectar a otros, constituyen una amenaza para la sociedad, y ella podría defenderse con el uso de los medios de que dispone para evitar el contagio: la persuasión

y una adecuada ayuda psicológica.

Un caso recurrente, y siempre motivo de consulta, es el de los esposos cuando uno de ellos está infectado con VIH. Muchos se preguntan si es lícito el uso del preservativo en el contexto de las relaciones sexuales entre los esposos para evitar contagiar a quien está sano. Muchos se han interrogado si en el contexto del matrimonio el utilizar un preservativo podría ser considerado una medida terapéutica. Al respecto me sumo a la respuesta negativa que da Mons. Elio Sgreccia: puesto que "...desde un punto de vista médico no constituye terapia, y en segundo lugar, porque, desde un punto de vista ético, la aplicación del principio terapéutico exige que el medio pueda ser usado cuando no existe alternativa: en el caso considerado la alternativa existe y es aún más segura (aunque también más exigente), y es la abstención de las relaciones sexuales" [35].

Esta exigencia de alto contenido ético reivindica el valor de la vida humana como un bien superior, que se entiende perfectamente a la luz del amor que se deben los esposos. Dado que la conyugalidad en el matrimonio es una dimensión fundamental, es preciso que bajo estas nuevas condiciones en que se da la vida en conjunto existan tanto instancias de ayuda psicológica como espiritual pa-

[35] Sgreccia E., *Problemi etici nel trattamento dell' Aids*, en *Medicina e Morale* 1 (1987): 9-29.

ra ambos. Una reflexión juntos sobre el alto valor de la vida de la persona no infectada puede ayudar de modo significativo a comprender el sentido profundo, como acto de amor, que puede tener el abstenerse de relaciones sexuales incluso en el contexto de la vida matrimonial.

A la luz de los valores en juego, resulta un imperativo moral que la persona que sospecha que pudo haber contraído el virus se realice los exámenes pertinentes a fin de proteger a terceros. Sería absolutamente comprensible que la persona no infectada se opusiera a tener relaciones sexuales, puesto que ello implicaría hipotecar la propia vida, la del concebido si se produce un embarazo, y todo el entorno familiar y social.

4. ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS

4.1. La dignidad del ser humano, fuente y cumbre de toda decisión de prevención.

La infección por VIH/SIDA es una enfermedad que lleva asociada una serie de dilemas éticos que conviene analizar con cuidado, de tal forma que la posición que se adopte respecto de las personas que no han contraído la infección pero tienen conductas de riesgo, así como las de aquellas que ya están contagiadas, sea una respuesta digna del hombre, es decir, coherente con su valor intrínseco y que lo ayude a vivir en condiciones de vida más humanas.

Esta reflexión ética parte de la siguiente premisa: lo que es mejor para el hombre sólo lo puede decir una visión integral del hombre como ser corporal y espiritual, y no lo que prescriba el virus del VIH o la enfermedad del SIDA. Esta posición hace justicia y es más coherente con la dignidad inherente al ser humano, que, como plantea el Concilio Vaticano II, es la única criatura amada por sí misma que se realiza plenamente en su entrega sincera a los demás. Cualquier acción que no promueva el bien integral del hombre no puede ser considerada una acción de salud en sentido estricto. Promover la salud es promover a la persona. A esto es lo que las personas que trabajan en el campo de la salud deberían aspirar, porque el *ethos* propio de su profesión es hacer el mayor bien posible y nunca promover conductas que puedan atentar en contra de la persona.

Es sabido que, en el mayor porcentaje de los casos, tanto la infección por VIH así como la enfermedad del SIDA están vinculados estrechamente a comportamientos. No es una infección que se herede, sino que se adquiere por transmisión de persona a persona. Son principalmente los comportamientos de las personas los que hacen que ellas adquieran y transmitan el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Y como no se puede separar el comportamiento de las personas de la infección y la posterior enfer-

medad, se concluye que la prevención de infección VIH/SIDA está asociada directamente a la promoción de cambios de comportamientos de las personas. Esto involucra su libertad, su voluntad y su inteligencia, además de la disposición de las personas a cambiar el modo como se perciben a sí mismos, al otro, y el modo de vivir su sexualidad. En otras palabras, es ayudar a las personas a que desarrollen plenamente su vocación al amor personal a través del dominio de sí mismo para la donación de sí y acogida del otro.

Juan Pablo II se dirigió a los participantes de la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA, que se realizó en la Ciudad del Vaticano el año 1989 [36] en estos términos:

"En primer lugar, hay que plantear con fuerza que la obra de prevención, para que sea digna de la persona humana y, al mismo tiempo, verdaderamente eficaz, debe proponerse dos objetivos: informar adecuadamente y educar a la madurez responsable. Es necesario, ante todo, que la información, impartida en los lugares idóneos, sea correcta y completa, más allá de los miedos infundados, y de las falsas esperanzas. La dignidad personal del hombre exige, pues, que sea ayudado a crecer hacia la madurez afectiva mediante una específica obra educativa. Sólo con una información y una

educación que lleven a reencontrar con claridad y con alegría el valor espiritual del amor que se dona, como sentido fundamental de la existencia, es posible que los adolescentes y los jóvenes tengan la fuerza necesaria para superar los comportamientos de riesgo. La educación para vivir de modo sereno y serio la propia sexualidad y la preparación al amor responsable y fiel, son aspectos esenciales de este camino hacia la plena madurez personal. Una prevención que se moviese con inspiraciones egoístas, a partir de consideraciones incompatibles con los valores prioritarios de la vida y del amor, terminará por ser, además de ilícita, contradictoria, esquivando el problema, sin resolverlo desde la raíz.

Por ello la Iglesia, segura intérprete de la Ley de Dios y "experta en humanidad", tiene en su corazón no sólo un conjunto de "no" a determinados comportamientos, sino sobre todo, el proponer un estilo de vida plenamente significativo para la persona. Ella indica con vigor y con alegría un ideal positivo, en cuya perspectiva se han de comprender y aplicar las normas morales de la conducta.

A la luz de tal ideal, aparece profundamente lesivo para la dignidad de la persona, y por ello moralmente ilícito, propugnar la prevención de la enfermedad recurriendo a medios (y remedios)

[36] El discurso completo se puede ver en *Medicina e Morale* 6 (1989):1146-1152.

que violan el sentido auténticamente humano de la sexualidad, y son un paliativo para aquellos males profundos, que interpelan la responsabilidad de los individuos y de la sociedad: la recta razón no puede admitir que la fragilidad de la condición humana, que debiera motivar un mayor empeño, se traduzca en pretexto para ceder a abrir las puertas a la degradación moral”.

Este discurso expresa, sin duda, una visión extraordinariamente positiva del hombre, de su dignidad, de su condición de caminante hacia un futuro mejor, y en especial, de su posibilidad de crecer y hacerse responsable de sus actos a la luz de un orden moral que, lejos de oprimirlo, lo abre hacia una auténtica libertad. Este contexto es en el cual se sitúa la sexualidad humana.

Resulta interesante constatar que la visión sustentada por el Pontífice llama al deber de las personas y la sociedad a asumir una mirada positiva acerca del hombre y optimista en cuanto a considerarlo capaz de adoptar conductas conforme a su naturaleza y a no usar medios que no sólo no solucionan el problema de raíz, sino que además ofenden al hombre en su dignidad.

4.2. Coherencia de un mensaje

De todos los antecedentes mostrados queda claro que cualquier acción que

se emprenda para prevenir la infección por VIH/SIDA, si pretende ser una solución verdadera y auténticamente humana, debe realizarse a la luz de una visión muy específica de la sexualidad: aquella que reconoce ‘operativamente’ que el hombre ha sido creado por amor y para el amor. La entrega total de un hombre y de una mujer se da en el contexto del matrimonio, pues allí es donde se dan las condiciones más adecuadas para que la entrega de los esposos integre lo corporal y lo espiritual, es decir, toda la persona. Esta entrega, completa, comporta de suyo la mutua fidelidad y, naturalmente, excluye de raíz el miedo hacia el otro. Esta perspectiva de la sexualidad humana es coherente en sí misma y hace relucir lo más hermoso que tiene la persona: su capacidad de dar y recibir amor.

Para la Iglesia Católica el lugar adecuado para ejercer la vida sexual de modo pleno y auténticamente humano es el contexto de la vida matrimonial que involucra fidelidad, compromiso para toda la vida y apertura al don de los hijos. Cuando la actividad sexual se realiza al margen de éste, disminuye en su valor, significado y verdad, lo que redundará en un empobrecimiento de las personas que la ejercen. Situarse en una línea decidida hacia la educación y promoción de la sexualidad vinculada al matrimonio, sin duda alguna es una postura de alto contenido ético, porque exalta lo mejor de la persona humana.

Es pobre invitar a la mutua fidelidad, o a no tener relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, o a la castidad, por miedo a contagiarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La invitación a la fidelidad conyugal y a la castidad surge porque son un bien para la persona, para el matrimonio, para la familia y la sociedad. Veo aquí una labor a largo plazo que todas las instancias educativas, tanto formales como informales, deberían asumir con más fuerza, más creatividad y mayor convicción.

CONCLUSIÓN

En estas páginas he intentado dar una visión integral del tema de la prevención de la infección por el VIH y del SIDA. No me parece adecuado situar el tema desde otra perspectiva que no sea la de la vocación del hombre a una vida conforme a su dignidad, y la de las personas que trabajan en salud a promover el bien integral de la persona y no limitar su accionar a medidas que realizan en función de su pericia técnica. Es allí donde se percibe con mayor claridad el aporte que puede hacer la Iglesia Católica a la luz de las enseñanzas del Evangelio.

Como sociedad, co-responsable del futuro que día a día construimos para las futuras generaciones, cada uno de quienes la componemos tenemos el deber de aportar, desde el ámbito que nos es propio, a construir un mundo mejor, donde el

amor al hermano permita fortalecer la fraternidad y las potencialidades de cada uno. Sólo así se podrá lograr el tan anhelado desarrollo de todos y cada uno de los que componemos nuestro país.

Desde una mirada creyente, independiente de nuestra condición de sanos o enfermos, no debemos olvidar que hemos sido creados a imagen y semejanza de Dios, por lo cual debemos mirar y valorar el tesoro y la dignidad de cada ser humano, especialmente si está enfermo.

No nos corresponde condenar a las personas, lejos de eso, estamos llamados a acoger a quien lo necesite, pero esa acogida implica hacerse cargo de la persona, de su dolor, de su drama, de su entorno, dando lo mejor de nosotros mismos, para que efectivamente nuestra acción ayude a la persona en cuanto persona, y no solamente en cuanto padece una enfermedad.

Soy consciente de que esta propuesta se lleva por difíciles y empedrados caminos y que no goza de mucha simpatía en un amplio sector de la población, pero ello no le quita ni un ápice de su fuerza, que he intentado fundamentar en la verdad y en su belleza.

Una visión positiva de la persona invita a situar la superación del drama de la epidemia del SIDA en la perspectiva del cambio de comportamiento de las perso-

nas, en la exigencia de la educación al amor auténtico que implica renuncia a un estilo de vida desvinculado del hedonismo, y en la integración de todos los actores sociales en la prevención eficaz y efi-

ciente a través de medidas verdaderamente seguras y en el cuidado de los enfermos, en lugar de continuar con la distribución masiva e indiscriminada de preservativos.

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Dra. Zelmira Bottini de Rey

- Médica Pediatra.
- Docente de la Cátedra de Pediatría (Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina)
- Profesora con dedicación especial del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina)
- Profesora del Magíster en Ética Biomédica del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina)
- Profesora Asistente de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud (Universidad Católica Argentina)
- Directora del Seminario de Formación de Agentes de Planificación Familiar Natural.

Palabras clave

- Sexualidad
- Educación sexual
- Propuesta educativa
- Familia
- Adolescentes

RESUMEN

La autora aborda en el presente artículo algunos conceptos básicos sobre sexualidad y educación, resaltando la función primordial de los padres en la educación sexual de sus hijos, indicando las diferentes etapas que debe seguir dicha educación y las correspondientes inquietudes que presentan los niños a lo largo de su desarrollo con relación al tema. Todo esto, con el fin de presentar luego las premisas de una propuesta educativa en este ámbito para adolescentes, basada en la transmisión de conocimientos completos y verdaderos, lo que conlleva la enseñanza del reconocimiento de los signos y síntomas de fertilidad.

1. ALGUNAS PRECISIONES SOBRE EL CONCEPTO DE SEXUALIDAD.

El Hombre se instala en el mundo a través de su condición de varón o de mujer. La condición sexuada forma parte de la dimensión constitutiva del Hombre y, por lo tanto, es una dimensión radical de su existencia personal y social: la sexualidad afecta todas las dimensiones que constituyen la persona humana.

El sexo se determina en el momento de la fecundación, cuando comienza la vida. La vida humana es un "don" y, como tal, no se puede elegir, sólo se la recibe, se la acepta.

La sexualidad, es una realidad dinámica que permanece en continua evolución desde el nacimiento hasta la muerte. Justamente, es su carácter evolutivo lo que marca las distintas etapas que van apareciendo a lo largo de la existencia y compromete seriamente el desarrollo personal del Hombre (varón y mujer). Por medio de esta dinámica interior, ha de pasarse del interés centrado en sí mismo al interés centrado en los demás. La sexualidad tiene un papel primordial en el desarrollo de la personalidad.

Es preciso distinguir la *condición sexuada* de la *sexualidad activa*. La actividad sexual está polarizada en una dirección determinada de la existencia humana, muy importante, pero limitada; no comienza con el nacimiento y suele terminar antes de la muerte.

La conducta sexual humana tiene un componente que no existe en los animales, la voluntad y la intención, lo que permite al ser humano integrar conscientemente su comportamiento sexual dentro de su plan de vida. Si bien los instintos, deseos e impulsos están inscritos o programados biológicamente, de la inteligencia y de la voluntad dependerá la expresión de ellos. Así se establece una notable diferencia entre la atracción sexual del Hombre y la del animal: el deseo sexual humano no es comparable al celo de los animales.

Existe en nuestros días, una tendencia a reducir la sexualidad a la genitalidad. La genitalidad se refiere a los órganos de reproducción y a las sensaciones que se producen a partir de los mismos; la sexualidad abarca la genitalidad pero la supera ampliamente, ya que el mero funcionamiento de los órganos genitales en la relación sexual, con uno mismo o con otro cualquiera, no tiene ninguna significación personal.

La actividad sexual humana contempla tres funciones: procreación, relacionabilidad y placer.

1. **Procreación.** En la especie humana, la sexualidad ha trascendido el aspecto reproductor para formar parte de la identidad misma de la persona, constituyendo una identidad masculina o femenina que le permitirá expresarse, comunicarse y gratificarse entre sí. La procreación en los seres humanos no puede ser homologable a la mera reproducción de los animales. A diferencia de ellos, la vida humana surge a partir de un acto de intimidad consciente y voluntaria, de hondo significado personal. Por otra parte, la maternidad / paternidad humanas no se agotan en la gestación y parición, sino que se prolongan durante toda la vida.
2. **Relacionabilidad.** La persona humana tiene la capacidad de conocer y de amar a las personas por sí mismas, independientemente de que le sean útiles o agradables. La sexualidad humana

como modalidad de relacionarse y de abrirse a los otros, tiene como fin intrínseco el amor, más precisamente, el amor como donación y acogida, como dar y recibir. En el encuentro sexual humano se produce una unión física, psicoafectiva y espiritual a través de la entrega y la acogida de un varón y una mujer. Esta unión supera ampliamente la mera unión de cuerpos. El amor es la vocación fundamental e innata de todo ser humano. Pero la capacidad natural de amar, como todas las capacidades humanas, no surge de forma espontánea, sino que debe ser "cultivada", educada.

3. **Placer.** Reducir la sexualidad a lo biológico y al goce placentero es perder el sentido humano de la sexualidad y es reducirla a la sensualidad. Esto no quiere decir que el placer no se contemple en el encuentro sexual, de hecho, justo allí cada uno es fuente de placer para el otro y esto implica que el acto sexual tenga la estructura de una donación. El placer es una cualidad de la vida, a tal grado que se extiende a toda actividad humana. Pero, pierde autonomía y sentido cuando la voluntad consciente hace de él un fin definitivo. Cuando el placer se convierte en fin de la relación sexual y busca únicamente el modo de satisfacerse, olvida las demás condiciones que hacen de la relación sexual una auténtica relación personal.

En la actualidad se asiste a una

fractura, una separación entre estos elementos. Es posible encontrar sexualidad sin procreación; procreación sin sexualidad; sexualidad sin amor; amor sin sexualidad; placer por placer... Esta situación ha producido una gran modificación de los comportamientos, los cuales, en muchas ocasiones, muestran una desvalorización de la sexualidad humana.

2. CONCEPTO DE EDUCACIÓN

Etimológicamente, la educación tiene dos significados: *educare* que significa "conducir", llevar a un Hombre (varón y mujer) de un estado a otro; y *educere* que significa "extraer", sacar algo de dentro del Hombre.

Esta noción etimológica revela dos notas de la educación: por un lado, un movimiento, un proceso y, por otro, tiene en cuenta una interioridad a partir de la cual van a brotar esos hábitos o esas formas de vivir que determinan o posibilitan que se diga que una persona "está educada".

La educación significa, entonces, una modificación del Hombre, un desenvolvimiento de las posibilidades del ser. Esta modificación no tendría sentido si no implicara una mejora. En otras palabras, toda educación es una perfección. Sin embargo, no toda perfección es educación, ya que existe en el hombre una perfección que surge de una evolución espontánea del ser. Dado que la educa-

ción presupone una influencia extraña, una dirección, una intención, se la define como "un perfeccionamiento intencional de las funciones superiores del Hombre, de lo que éste tiene de específicamente humano".

Es a través del perfeccionamiento "inmediato" de las capacidades humanas, que se logra el perfeccionamiento "mediato" de la persona humana.

No es lo mismo educación que instrucción, la cual consiste en la transmisión de conocimientos. La educación contiene a la instrucción, pero trasciende los planteos académicos, piensa en el Hombre todo y en todos los Hombres como personas y como comunidad.

3. CONCEPTO DE EDUCACIÓN SEXUAL

La Educación Sexual busca el camino más idóneo para alcanzar, desde lo genéticamente dado, el desarrollo pleno de la alteridad sexual.

Víctor García Hoz la define como la "ayuda a un sujeto para que entienda y gobierne su capacidad de vida sexual al servicio del amor a una persona". Por su parte, René Biot entiende que es la "educación del impulso sexual unida a la educación del corazón".

La educación sexual es un aspecto de la educación general y se inicia en el

nacimiento. Educando a la persona en su totalidad, se educa su sexualidad. La etapa más importante se cumple en los primeros años de vida. Es entonces cuando se realiza la "educación del corazón", que consiste, justamente, en poner en acto, en hacer aflorar, las capacidades humanas.

La primera capacidad humana que es necesario cultivar es la de postergar la satisfacción de los impulsos; educar la *capacidad de espera*. Cada familia lo realiza según sus características y su estructura. Se cultiva en todos los órdenes de la vida y teniendo en cuenta siempre las posibilidades físicas, psicoafectivas y espirituales de aquel a quien se pretende educar. La importancia de este logro pasa por entender que la realidad es limitada; que todo no se puede; que hay un tiempo para cada cosa. La normativa, los límites, una determinada disciplina son absolutamente necesarios para que se puedan desarrollar las capacidades humanas.

Otra capacidad humana es la de *comunicación*. Somos seres relacionales programados para establecer vínculos con nuestros semejantes; nos realizamos en la dinámica de "dar y recibir". Sin embargo, para lograr relacionarse con otro, primero habrá que descubrir y aceptar al otro en cuanto tal. El chico pasará de una etapa egocéntrica a otra alterocéntrica; el adolescente tendrá que descubrir la "oblatividad" y comenzar a vivir su riqueza.

También es indispensable generar *autonomía*. Si se busca el desarrollo de seres independientes y con suficiente autonomía como para llegar, en un futuro, a hacerse cargo de ellos mismos y realizar un proyecto de vida propio, será necesario estimular hábitos de independencia. Un chico antes del comienzo de la escolaridad (seis años), deberá haber adoptado los hábitos de sueño (dormir solo e ir a dormir solo), de vestido (vestirse solo), de alimentación (comer solo), de limpieza (bañarse solo).

Por último, se debe estimular la práctica de las *virtudes humanas*, o sea, de hábitos operativos buenos que llevan al Hombre a ser más Hombre. El obrar virtuoso no es innato, sino aprendido y requiere de un ambiente que lo promueva.

Es preciso tener en cuenta que cada virtud tiene un momento preciso para su cultivo, pasado el cual es difícil realizarlo, y que cada hábito adquirido sirve de "anclaje" al de la etapa siguiente. En vinculación con la sexualidad, hay dos virtudes importantes de educar: *el pudor y la castidad*.

4. ¿QUIÉN REALIZA LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD?

Los padres son los primeros y genuinos educadores. Educan por presencia: viviendo con sus hijos van plasmando en ellos sus propios conceptos de vi-

da, de familia, del amor, etc. Se trata de una educación testimonial, implícita en la vida cotidiana y asistemática. Los padres *educan* siempre a sus hijos; por acción o por omisión, ya que *no educar* es una forma de hacerlo.

No se puede ignorar que la presencia de padres, si bien constituye la situación ideal, no siempre es posible. Mientras otros adultos puedan asumir la misión de padre y/o madre, estableciendo un vínculo afectivo que permanezca en el tiempo, posiblemente el desarrollo integral de ese niño sea adecuado; en caso contrario, muy posiblemente resulte entorpecido.

Debemos mencionar, además, que, si bien son los padres quienes educan, el pediatra cumple una función primordial como orientador de todo este proceso.

5. LAS DISTINTAS ETAPAS EN LA INFORMACIÓN

La adquisición de conocimientos respecto de la sexualidad se efectúa de diversas maneras, las cuales no son excluyentes, sino que se da un predominio de una u otra según el momento evolutivo del niño.

Durante los primeros años, predomina la *información no verbal*. Los datos son aportados por lo que se vive. Esta información constituye una impronta fun-

damental en el niño; es la experiencia bajo todas sus formas y, como es sabido, hay experiencias naturales y deseables y otras desdichadas, excepcionales, que llegan a producir traumas.

Con la adquisición del lenguaje, el niño comienza a verbalizar inquietudes con relación a lo sexual, instalándose la *información verbal familiar*, que estará dirigida al individuo en particular, teniendo en cuenta el interés del momento y el grado de desarrollo intelectual y afectivo.

La información no verbal prepara los caminos de la información verbal pero no la substituye, ya que es importante para los seres humanos lograr verbalizar los conceptos, las ideas, los sentimientos.

Por último, aparece la *información científica*, con carácter científico objetivo y no está hecha a medida de un individuo determinado. No tiene carácter personal y se dirige colectivamente a personas con la madurez suficiente para acogerla.

6. SECUENCIA DE LAS INQUIETUDES QUE MANIFIESTAN LOS NIÑOS EN REFERENCIA A LA SEXUALIDAD

Las inquietudes de los niños siguen una cronología determinada que es útil conocer para distinguir cuáles son las preguntas *genuinas*, esperables en cada

edad, y cuáles las que responden a un estímulo externo que ha despertado la curiosidad del niño, sin pasar verdaderamente por su interés personal.

Para responder inquietudes, independientemente de la edad, se tendrá que tener en cuenta algunos puntos. En primer lugar, siempre es necesario manejarse con la verdad, lo que no significa que haya que decir toda la verdad. Ésta se va develando según las posibilidades psicoafectivas e intelectuales del niño. Hay que recordar que el niño, más tarde o más temprano, descubre la verdad y que la mentira afecta la relación que se tiene con ese niño, ya que la veracidad es un elemento fundamental en la generación de confianza. También habrá que tener presente el lenguaje a utilizar (fácil, cotidiano, explicaciones sencillas) y el tono afectivo.

La respuesta válida es la que cubre la inquietud de quien la formula. Para identificar correctamente esta inquietud, es preciso manejarse con la técnica de la *re-pregunta*. Esto significa preguntar al niño, tantas veces como sea necesario, hasta definir qué es exactamente lo que quiere saber. Se aplica de muchas maneras. Implementando esta técnica el adulto tiene la posibilidad de ubicarse, de tomarse un tiempo, de pensar una respuesta, ya que las preguntas referidas a la sexualidad muchas veces desubican al adulto o lo desconciertan. A veces, se

da un pudor natural a tratar ciertos temas, el cual es lógico y sano que exista, pero que tendrá que ser vencido en función del fin.

Las primeras inquietudes de los niños surgen alrededor de los tres años, a partir del descubrimiento de la genitalidad y se refieren al nombre de los órganos genitales. Cuanto más informado está el niño por la observación directa, menos posibilidades tiene de turbarse. Las niñas se preocupan más por los órganos de los varones, que éstos por los de ellas, seguramente porque son más visibles que los suyos. Es conveniente dar el nombre anatómico a los órganos genitales, ya que es la manera pareja de nombrar todas las zonas del cuerpo. La tendencia a manejarse con vocablos especiales, de alguna manera transmite al chico la idea que se trata de algo diferente, misterioso, que no se puede nombrar.

Con estas primeras respuestas también se empieza a educar el *pudor*, es decir, la defensa de la intimidad. Es importante transmitir a los niños que hay actos públicos y privados; que existen personas y ámbitos específicos para hacer o hablar determinadas cosas; que su cuerpo debe ser cuidado y respetado por él y por los demás, por lo que nadie tiene por qué tocarlo ni agredirlo. Con estas simples consignas se realiza *prevención primaria del abuso sexual*.

En esta edad, muchas veces, se presenta curiosidad por la desnudez de las personas mayores. El deseo de ver no es reprobable en sí, si bien no es adecuado satisfacerlo. Hay que cuidar que el niño no se sienta culpable de haber visto lo que ha podido sorprender por casualidad, ni deseado ver lo que se le oculta, para no turbarlo ni erotizarlo.

La inquietud de los niños de cuatro años está referida al embarazo. Comienzan a llamarles la atención las mujeres embarazadas y preguntan la causa de la *panza*. Las madres responden habitualmente con la historia de la *semillita*. Al dar respuestas, se tendrá que cuidar observar la verdad para no reforzar las fantasías de embarazo digestivo, presentes en un alto porcentaje de chicos.

Las preguntas que siguen hacen referencia al parto. Es recomendable siempre enfrentar al niño, en primer lugar, con lo *normal*; ya habrá tiempo para comentar los casos particulares (parto por cesárea).

Alrededor de los cinco años, surge la inquietud de "cómo entró la *semillita*". Habrá que responder con sencillez y con verdad, teniendo en cuenta que los niños han llegado a la inquietud por derivación lógica y que su interés no se centra en las relaciones sexuales como tales. Habitualmente, a los niños les complace descubrir la intervención del padre en el proceso

de la aparición de la vida que, hasta ese momento, parecía estar a cargo únicamente de la madre.

El hecho de que algún niño, en las edades citadas, no haya manifestado inquietudes, puede obedecer a varios motivos: que los padres, en el trato cotidiano y prácticamente sin darse cuenta, hayan ido verbalizando y canalizando las inquietudes; que el chico no se las haya expresado a los padres y que haya resuelto su duda con el aporte (no siempre conciente) de otro adulto, maestra jardinera, etc.; que al intentar hacer la pregunta, haya recibido una negativa del adulto a encarar el tema o respuestas esquivas; que se haya postergado y nunca realizado la contestación. Prácticamente todos los niños tienen inquietudes que aparecen y desaparecen como chispazos, en coincidencia, muchas veces, con alguna situación que las hace emerger. Para los adultos, en general, es difícil abordarlas, dado que frecuentemente no han pasado por la experiencia de verbalizaciones en su niñez y los temas sexuales se han mantenido en compartimentos estancos. Sin embargo, una precoz apertura de espacios de diálogo, posibilitará a ese niño desarrollar la confianza adecuada con ese adulto quien, espontáneamente, se convertirá en su referente.

Entre los tres y cinco años, es frecuente que se produzcan juegos sexuales entre niños del mismo o del otro sexo. En

general, están estimulados por la curiosidad propia de esta edad y es importante que el adulto no se turbe, que no les dé un valor que -en realidad- no tienen, que no los ignore y que siempre los oriente.

También es esperable que en estas edades se presente la masturbación infantil, tan frecuente en varones como en mujeres. El niño ha descubierto su genitalidad y sensaciones diferentes en vinculación con la misma. Es preciso orientarlo, sin intentar reprimir el hecho, sino buscando centrar su atención en otra cosa. La masturbación en esta etapa merecerá una atención especial cuando aísle al niño, impidiéndole integrarse a sus actividades habituales.

La entrada en la escuela primaria coincide con el comienzo de la latencia, por lo que se calman las inquietudes *genuinas* en referencia a la sexualidad. Pueden surgir preguntas gatilladas por el ambiente. En estos casos, la respuesta tendrá que adecuarse a las posibilidades de comprensión del chico y, muchas veces, es motivo de reafirmación de cosas habladas previamente u oportunidad de abordar temas pendientes. Lo que siempre habrá que cuidar es que el niño no se sienta juzgado.

A alrededor de los diez años, surge la inquietud por las relaciones sexuales. Es la época donde aparecen los *avivadores* o *iniciadores*. Enterarse de las verda-

des de la vida por esta vía, muchas veces, se acompaña de dificultades, ya que habitualmente no sólo se parcializa la verdad, sino que además se la distorsiona, despertando en el que la recibe sentimientos negativos, a veces, hasta de repulsión. Cuando los padres abordan el tema y muestran la relación sexual como una unión física, psicoafectiva y espiritual entre dos personas que se aman, ponen a sus hijos frente una realidad humana que lleva a la plenitud y que, seguramente, servirá de referencia cuando descubran que en la vida, las cosas no suelen responder al ideal.

Está probado que es muy importante que el niño tenga claridad sobre los fenómenos biológicos vinculados con la gestación de la vida humana, antes de entrar en la pubertad. De hecho, en los currículos escolares, la unidad de "reproducción humana" se presenta en 6° o 7° grado. Sin embargo, muchas veces, los docentes presentan resistencias y dificultades para tratar el tema. La formación de los docentes, en todo lo referido a sexualidad, es una asignatura pendiente que, por el momento, no ha sido contemplada seriamente por los responsables de la formación de los docentes.

A partir de los seis años de edad, tiene importancia la formación de la conciencia moral. El niño tendrá que aprender a formular juicios críticos en referencia a ellos mismos, al mundo que

los rodea, a las situaciones que viven, etc. Los padres -o adultos a cargo- los ayudarán a que elaboren los juicios, pero no podrán hacerlo por ellos. Es crucial resaltar la importancia de "escuchar", ya que sólo mediante la expresión, el niño llegará a sacar conclusiones sobre los hechos vividos, los sentimientos puestos en juego y los valores involucrados.

Mostrar a los niños, desde las más tempranas edades, que cada acto humano tiene una consecuencia y estimularlos a que se hagan cargo de la consecuencia de sus actos, es la forma de educar la responsabilidad, complemento ineludible de la verdadera libertad.

A medida que el niño crece y aumentan las libertades que se le dan, tiene que estimularse la información verbal familiar. Se trata de realizar la *prevención* de posibles situaciones de riesgo, mostrándoles, antes que se produzcan, las posibles realidades que se pueden presentar, para que las puedan pensar, imaginar, analizar y considerar alguna estrategia que les permita, eventualmente, resolverlas. Los padres o adultos a cargo tendrán que armar a los niños y jóvenes para enfrentar la vida. Se trata de "ir formando anticuerpos" que les permitan defenderse ante las distintas noxas sociales. La posibilidad de abuso sexual, inducción a adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogas, promiscuidad sexual), trastornos de la alimentación, etc. son

realidades que no pueden ser ignoradas y el arma más importante a esgrimir pasa por plantear los temas de frente, abrir espacios para la reflexión, suministrar información unida a los valores, buscando permanentemente generar conductas sanas.

7. ALGUNAS INQUIETUDES DE LOS ADOLESCENTES. PROPUESTA EDUCATIVA

La educación de la sexualidad cobra una gran importancia en la adolescencia.

En esta etapa de la vida, predominan los cambios físicos, psicoafectivos, espirituales y sociales de los cuales el sujeto protagonista es consciente. Los cambios físicos motivan cuestionamientos en torno a la "normalidad" de lo que está sucediendo. También inquieta la evidencia de tiempos distintos de crecimiento y desarrollo entre los pares del mismo sexo y los del opuesto.

Es aconsejable mostrar a los púberes que el proceso de crecimiento físico tiene una secuencia determinada y está dirigido a que se actualice una capacidad, hasta entonces, en potencia: la fertilidad. También es importante señalarles que el hecho de ser fértiles no implica que estén capacitados para la maternidad o la paternidad.

Es oportuno que conozcan las características de la fertilidad masculina y femenina y todo lo que sus diferencias

implican. Las chicas pueden empezar a reconocer los signos y síntomas de fertilidad en su cuerpo. Lo ideal es que sean las madres las que guíen a sus hijas en la adquisición de este conocimiento, entre otras cosas, porque es una vía concreta y efectiva de promover la confianza mediante el diálogo madre-hija. La función del pediatra será suministrar a la madre los conocimientos necesarios para tal fin. En la práctica, son pocas las madres que realizan esta enseñanza, por lo que es necesario propiciar que se realicen "programas de enseñanza del reconocimiento de la fertilidad" en las instituciones educativas y/o en las vinculadas a la salud.

A partir de la experiencia acumulada desarrollando estos programas, en los últimos quince años, en medios públicos y privados, es posible afirmar que:

- las adolescentes logran comprender su proceso de cambio y elaborar vivencias positivas;
- aprenden a leer los signos y síntomas de fertilidad en su cuerpo, lo que les permite determinar con precisión su período fértil;
- descubren sus potencialidades, lo que les resulta de enorme utilidad para elaborar su proyecto de vida, tarea que se inicia en esta etapa de la vida;
- advierten que su ciclicidad no abarca sólo el plano físico, sino el psicoafectivo y el espiritual y que repercute también en sus conductas;
- reconocen las distintas manifesta-

ciones del impulso sexual en un momento determinado y su variación a lo largo del ciclo; este conocimiento las ayuda en la tarea de orientación de dicho impulso.

Dado que el auto-conocimiento, tanto en el plano físico como psicoafectivo y espiritual, es el punto de partida para lograr la auto-aceptación y la auto-posesión, y que la persona que se conoce, se acepta y se posee puede llegar a ejercer una verdadera libertad, se plantea como objetivo de máxima del programa que, a partir del reconocimiento de la fertilidad, las adolescentes incorporen el concepto de salud sexual a sus conductas, teniendo en cuenta que la actividad sexual sana reconocerá lo relacional o unitivo, contemplará lo procreativo, será generadora de placer y se ejercerá en libertad y con responsabilidad.

Los varones púberes también manifiestan inquietud por sus cambios físicos y por la aparición de excitaciones sexuales (erecciones) a partir de estímulos que, hasta poco tiempo antes, les eran indiferentes. Resulta primordial la presencia activa del padre –o, en su defecto, otro varón adulto que lo supla– con quien pueda expresar sus dudas y/o temores. También las chicas comienzan a experimentar excitaciones sexuales, las cuales se manifiestan de diversas maneras. Ha llegado el momento de la educación del impulso sexual o, lo que es lo mismo, de cultivar la *castidad*.

Los instintos en el ser humano presentan gran plasticidad, de la cual participa el impulso sexual. Esto significa que el impulso sexual no está ligado en forma rígida y necesaria a una determinada modalidad de satisfacción y que tendrá que ser educado y orientado en su desarrollo para que cumpla con sus fines y sea una manifestación verdaderamente humana.

El impulso sexual, originariamente muy plástico, se va haciendo en el tiempo cada vez más específico, más delimitado, hasta llegar a identificar como objeto de deseo no simplemente a un individuo de la especie humana, sexo opuesto en general, sino a determinado hombre o mujer en concreto, que parecen, en cierto momento, convertirse en la síntesis de virilidad o feminidad para la persona que lo ama.

El impulso sexual puede ser orientado y adecuado a la situación vital de cada uno. Para ello, es necesario que la persona lo conozca, lo reconozca, lo acepte y, de alguna manera, lo posea. Este es el trabajo a realizar con los adolescentes. La tarea resultará menos ardua y con mayores posibilidades de éxito en tanto esos adolescentes hayan sido previamente "cultivados" en la capacidad de postergar la satisfacción de cualquier impulso.

8. INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SANAS

La ignorancia representa un factor de riesgo para el adolescente, por lo que nunca puede ser retaceada la información.

Habitualmente, los adolescentes realizan el abordaje de los temas sexuales en forma clandestina, por lo que resulta primordial presentar la información desde la legalidad, dándoles conocimientos verdaderos y completos y haciendo referencia, permanentemente, a valores. No se trata de que acumulen datos, sino de que sean capaces de elaborar juicios críticos que les permitan acceder a conductas humanas sanas.

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se establecen los "ideales". Éstos constituyen los faros hacia los cuales la persona se dirige; señalan un camino. Se sabe que, por más que se camine hacia ellos, no siempre se alcanzan. Los ideales no se establecen en forma caprichosa, sino teniendo en cuenta los valores y el ansia de plenitud.

Es importante brindar a los adolescentes elementos para que reflexionen sobre el valor y el significado de la sexualidad humana y sobre el inicio de las relaciones sexuales, dado que hoy se las presenta como posibles y convenientes a edades cada vez más tempranas. También es necesario mostrarles que la propuesta

de abstención de las relaciones sexuales en función de un objetivo dado es una alternativa saludable y posible.

Existe una gran tendencia a asociar las consecuencias de las experiencias anticipadas con las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo adolescente. Estos riesgos son reales y es importante remarcarlos, pero no se puede dejar de señalar también las heridas psicoemocionales que se derivan de las experiencias a destiempo, en muchos casos, forzadas, no pensadas, desatinadas, desvinculadas del amor, lo que hace que no se logre armonía y plenitud en el desarrollo de la sexualidad.

Las relaciones sexuales que no son expresión del amor, que no tienen en cuenta la procreación, que no generan placer y no se realizan con responsabilidad, habitualmente tampoco producen salud, partiendo de la definición de salud utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a saber, estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente carencia de enfermedad.

Es importante que los adolescentes posean conocimientos verdaderos y completos sobre los métodos naturales de regulación de la fertilidad y sobre los métodos artificiales; que conozcan el mecanismo de acción, la forma de utilización, los efectos adversos y secundarios y los índices de efectividad de los

distintos métodos.

Pero es preciso tener presente que dar información a adolescentes sobre anticoncepción sin realizar, a la vez, una propuesta de conductas deseables, suele promover los comportamientos que se quieren evitar.

La "promoción humana", la posibilidad de educación es universal. Por eso, no se puede excluir a nadie de ella, apelando a sus condiciones intelectuales, a la marginalidad, a la pobreza, etc., lo que no significa que estos elementos no sean considerados al momento de aplicar cualquier propuesta educativa.

La "Educación sexual" es actualmente tema de discusión y análisis en diversos sectores de la sociedad. Aparecen continuamente proyectos de ley de "educación sexual", los cuales traducen una concepción del Hombre muy alejada de la concepción cristiana.

Urge poner en marcha programas de formación y capacitación destinados a docentes y padres capaces de llevar adelante tareas educativas. Se trata de formar "agentes multiplicadores" con sólida formación científica y capaces de transmitir la verdadera concepción del Hombre. Educadores convencidos de que, como señalaron nuestros Obispos en el documento *Educación y proyecto de vida*, "el objetivo de toda educación genui-

na es el de humanizar al Hombre, sin desviarlo, antes bien, orientándolo eficazmente hacia su último fin, que trasciende la finitud esencial del Hombre [1].

BIBLIOGRAFÍA

- *Pediatría*, Voyer, Ruvinsky, Cambiano, Editorial Journal, Buenos Aires, 2003.
- *Sexualidad y adolescencia*, Silva, Mónica - Padilla, Enna, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 2º edición, 1996.
- *Educación de la sexualidad*, Ray, Cambiano, Bottini de Rey, Ed. Estrada, Buenos Aires, 1988.
- *La educación de las virtudes humanas*, Isaacs, David, Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), Pamplona, 8º edición 1986.
- *Didáctica de la educación sexual*, Martín Orlando, y col., Ed. El Ateneo, Bs. As., 1986.
- *Educación de la sexualidad*, Garcia Hoz, V., DIF, Rialp, Madrid, 1981.
- *Educación sexual de la infancia*, Berge, A., Paideia, Ed. Luis Miracle, Barcelona, 4ª Edición, 1963.
- *La educación del amor*, Biot, René, Ed. Desclée de Brouwer, Buenos Aires, 1949.

[1] Conferencia Episcopal Argentina, *Educación y Proyecto de Vida*, Oficina del Libro, Buenos Aires, 1985. Pág. 24.

EL PERSONALISMO EN LAS DIVERSAS ÁREAS CULTURALES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Presentación realizada en Roma, en junio de 2003, durante el Congreso que precedió la creación de la Federación Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiración Personalista (FIBIP).

P. Lic. Alberto G. Bochaty, 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 Bioética en el Magister 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, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Miembro de la Academia Argentina de Ética en Medicina.

Palabras clave

- Bioética Personalista ontológicamente fundada
- Personalismo
- Historia de la Bioética
- Principios de Bioética
- Educación en Bioética

RESUMEN

El autor realiza, en el presente artículo, un conciso recorrido por la historia de la Bioética en América Latina, destacando la influencia de los Principios anglosajones en su desarrollo y la adaptación que los mismos sufrieron al ser insertos en esta nueva cultura. A partir de allí, presenta un análisis de la situación de los Principios personalistas en Latinoamérica hoy y realiza una proyección, destacando la factibilidad de aceptación de estos principios y del método triangular de la Bioética Personalista en el ámbito latinoamericano debido, principalmente, a las raíces culturales e identidad cristiana del continente.

1. LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA

La historia de la Bioética en América Latina está muy ligada a la historia de la Bioética en los Estados Unidos de Norteamérica. Lo mismo ha sucedido con la historia de la medicina moderna. Por lo tanto, no es de extrañar que los "Principios de Bioética" de Beauchamp y Childress [1] y todo el movimiento bioético que surge del grupo de Georgetown (los Principios se transformarán en la "Mantra de Georgetown") fueran rápida-

mente asumidos por los pioneros en la materia de nuestras tierras [2].

La Bioética entró con sus "principios" como una forma de cultura civil donde las partes en conflicto (médicos, pacientes y sociedad) podían encontrar algunos criterios de solución. Pero, al mismo tiempo, la Bioética se fue convirtiendo en una cultura médica donde el sujeto moral tomaba relevancia, podía opinar y, por primera vez, ponía en riesgo al milenario paternalismo médico.

Desde la década de los ochenta, los temas de bioética crecen rápidamente, tanto por los avances tecnológicos, como por las intervenciones legales en la práctica médica y la creciente conciencia de los derechos de los pacientes. A nivel académico e institucional, será la década de los noventa, la que irá dando espacio a lentas concreciones: fundación de centros, institutos, los primeros cursos formales de estudio y reflexión, federaciones y programas internacionales (FELAIBE, Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud, etc.) y, sobre todo, la aparición de los Comités Hospitalarios de Ética o Bioética. Estos últimos tendrán una importancia determinante en el desarrollo y crecimiento de la bioética latinoamericana, como veremos más ade-

[1] Beauchamp, Tom; Childress, James: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York, 1979.

[2] Para este apartado sugiero la lectura de: Mainetti, José A.: *Medical Ethics, History of: The Americas.D. Latin America*. Reich, Warren; Ed.: *Encyclopedia of Bioethics*. New York, Simon & Scuster Macmillan, (1995) 1639-1644; Fracapani, Marta; Giannaccari, Liliana; Bochaty, Alberto; Boirdin, Celia: *Bioética. Sus Instituciones*. Lumen, Buenos Aires, 1999.

lante.

Algunos de los temas principales que preocupan u ocupan a los bioeticistas latinoamericanos son: atención clínica, salud reproductiva y aborto, tecnologías de reproducción artificial, la muerte encefálica (principalmente, en vista a los trasplantes de órganos), ética de la investigación y ecología. Hay que tener en cuenta que en muchos países de la región hay muy poca legislación en estos temas y se abre un campo muy grande para el futuro.

La tradición humanista de los pueblos latinoamericanos y sus fuertes raíces religiosas, su estado de subdesarrollo, sus grandes cambios y desafíos sociales, ofrecen una perspectiva especial para la Bioética. La Bioética Personalista ontológicamente fundada, tiene un campo muy propicio para su propuesta, orientándose (como lo hace) hacia la persona y su realidad trascendente y social, el bien común y el desarrollo médico.

América Latina es el continente de la esperanza y la Bioética latinoamericana también lo puede ser, especialmente personalizando el "bios" y rescatando la dimensión comunitaria y social del "ethos". Podemos y debemos aportar nuestra presencia de bioeticistas perso-

nalistas, contribuyendo en la construcción de un "puente hacia el futuro" hacia la integración y cooperación latinoamericana.

2. CIENCIA Y TECNOLOGÍA EN AMÉRICA LATINA

"El futuro cultural de América Latina estará marcado por el modo según el cual se resuelva el conflicto histórico real (...) entre la racionalidad sapiencial, propia de la cultura latinoamericana, y la moderna racionalidad científico-tecnológica"[3]. La cultura popular latinoamericana tiene una racionalidad sapiencial de tales características que es capaz de reordenar **la racionalidad científica y tecnológica**, adaptándola a formas de pensamiento y a una orientación ética acorde a su identidad y a sus valores. Tiene la debilidad de su pobreza y de la necesidad de lo urgente –y no tanto de lo reflexivo–, pero tiene la fortaleza del deseo y la esperanza, ya que todo está para construirse y los desafíos se renuevan constantemente a todos los niveles (sociales, políticos, económicos, sanitarios, judiciales y religiosos).

Son muchísimas las situaciones de injusticia que llegaron al nuevo continente, incluso de la mano de la ciencia y la tecnología. Muchas veces, éstas fueron

[3] Scanonne, Juan Carlos: *Nuevo punto de partida de la Filosofía Latinoamericana*. Editorial Guadalupe, Buenos Aires, 1990, Pág. 97.

usadas para el dominio, la explotación y la dependencia por parte de naciones, corporaciones y/o gobiernos más poderosos. El peligro de la desculturización y de la pérdida de identidad propia también está ligado al mal uso de la racionalidad científico-tecnológica. Sin embargo, el buen uso de esta racionalidad puede ayudar a resolver nuestros problemas estructurales y a transferir exigencias de la racionalidad y eficacia a otros planos de la cultura, ayudando a un verdadero proceso de personalización [4].

Según Scanonne, la cultura latinoamericana tiene la capacidad de reubicar sapiencialmente la racionalidad científico-tecnológica, respetando su autonomía y especificidad, ya que esa cultura es fruto de un fecundo mestizaje cultural (Puebla 409), que ha sido capaz de "síntesis vitales" en la unidad de las diferencias (Puebla 448). Estas afirmaciones tienen sus raíces en el mismo Documento de Puebla que confía en la fuerza que tiene la sabiduría popular católica latinoamericana, al punto de considerarla como "un principio de discernimiento, un instinto evangélico".

Las mismas experiencias históricas, sociales y culturales de América Latina han dado al pueblo un fuerte sentimiento de defensa y de revalorización de sus

raíces religiosas y éticas, aún cuando no pueda juzgar lo específicamente científico o técnico en cuanto tal. El aporte de esta sabiduría popular no es un absoluto, sino que es ese "plus" que la ciencia no puede explicar pero que el Hombre sabe que es fundamental para hacer la diferencia y poder vivir con la certeza de que debe respetar la vida y a todas las personas y que es respetado por ser persona. Será un desafío para quienes pensamos la ciencia y la técnica, aceptar la inspiración creativa de esta cultura, para la formulación de teorías o modelos más de acuerdo con la realidad cultural total y con la justicia. Al mismo tiempo, respetando la sana autonomía de la ciencia y de la tecnología en su específica racionalidad, deberemos proponer métodos inclusivos que permitan un diálogo crítico sobre las mismas y que nos permitan llegar a la correspondiente verificación y comprobación de unas y de otras [5].

A la hora de proponer y enseñar la Bioética Personalista, vamos a encontrar una gran aceptación de los fundamentos y del método de la misma. La experiencia de más de veinte años aprendiendo, enseñando y practicando una Bioética diferente a la de los Principios, nos permite afirmar que, si bien debemos recorrer un camino muy lento, con pasos muy seguros y perseverantes, los frutos que se ob-

[4] Cfr. Scanonne, Juan Carlos: *Nuevos puntos de ...* Pág. 98.

[5] Cfr. Scanonne, Juan Carlos: *Nuevos puntos de ...* Págs.100-104.

tienen son duraderos y dan una gran satisfacción a los corazones afligidos en el dolor, a los que buscan incansablemente la verdad y a aquellos que creemos en el Don de la vida y en la espiritualidad de la persona.

3. BIOÉTICA DE LOS PRINCIPIOS Y BIOÉTICA PERSONALISTA

Decíamos al comenzar que el impacto y la popularidad del "Mantra de Georgetown" -o sea, los cuatro principios anglosajones de la Bioética- han sido muy fuertes. En la década de los ochenta, todos los que hacíamos Bioética utilizábamos, de una u otra manera, los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Aún hoy, los "Principios" conservan una gran penetración y siguen siendo lo primero que aprenden quienes se acercan a este saber; muy pocos se atreven a una lectura crítica de los mismos y, menos aún, a proponer alternativas.

Sin embargo, en América Latina, los términos de los Principios no son conceptualizados de la misma forma en que lo hacen sus autores y las culturas anglosajonas. Hay problemas de *comprensión*, de *significación* y de *identificación*.

En América Latina, se tiene la clara experiencia de que, muy a menudo, lo que es legal no es necesariamente justo y, ciertamente, no es norma ética: es solamente ley. Las leyes en esas latitudes son

bastante relativas, tal vez porque las propias autoridades las cambian con la misma frecuencia con que cambian ellas, con las crisis, levantamientos, revoluciones y demás. La experiencia de la justicia es bastante negativa, por lo lenta, lejana del "Hombre de la calle", engorrosa y, sobre todo, porque se han vivido muchos casos de escándalos y de corrupción en los poderes legislativos y judiciales. Un "*principio de justicia*" no se comprende muy bien, no significa lo que se quiere significar y muy pocos se identifican con él.

En América Latina, no se tiene experiencia de la *autonomía* como un valor relacionado a la persona y a su capacidad de tomar decisiones. Más bien, el concepto de autonomía está relacionado a la capacidad de sustentarse económicamente y de movilizarse por sus propios medios. En algunos países, incluso, es una categoría civil y comercial para ser incluido en un tipo determinado de jubilación. Hay que hacer un trabajo de mucha explicación para que la persona pueda aprehender el verdadero significado del vocablo. La experiencia de la dependencia internacional o del mismo Estado nacional para necesidades básicas y cotidianas ha creado una idea de paternalismo que hace que se acepte a las instituciones como quienes "piensan" y "determinan" qué es lo que "me corresponde", qué "es lo bueno para mí", qué es lo que "me tienen que dar", etc.

En América Latina, el concepto de *beneficencia* está relacionado a la caridad, a la dádiva y a una figura superior que hace un bien a alguien inferior o dependiente. Es intrincado el itinerario a realizar con la persona para que llegue a identificar el principio de beneficencia, con su bien personal. Se lo identifica con el haber sido favorecido por algo bueno que alguien, diferente a si mismo, le ha dado o le ayuda a obtener. La beneficencia se la entiende como "hacer el bien" de parte de alguien ajeno a mí, y se crea una especie de "derecho" que cada uno tiene para que lo "beneficien". Es una visión alienante y que no tiene a la persona como centro, sino como beneficiario.

En América Latina, la *no-maleficencia* surge como algo obvio y sólo podrían dejar de respetarla los delincuentes y malignos. Se la relaciona con un daño explícito y pocas veces con el daño moral de hacer un mal. Con relación al campo de la Bioética, cuesta comprender que los agentes sanitarios puedan hacer un daño intencionadamente. Se desconfía más bien de la posible negligencia o falta de competencia que de una acción que pueda dañar voluntariamente. No se percibe la "cultura de la muerte" que puede justificar acciones a partir de ideologías o políticas sanitarias que riñan con la ética de la vida.

La propuesta personalista tiene valores, conceptos y categorías que se

acercan mucho más a la comprensión y experiencia del pueblo.

En América Latina, hay un gran amor y respeto por la vida. Las familias numerosas no se dan sólo por la falta de información, por ignorancia o por la pobreza. Es muy fuerte aun la convicción de que la vida es un don de Dios y que Dios no abandona a su Pueblo. Las fuertes corrientes antinatalistas, esterilizadoras y abortistas no han surgido de los pueblos latinoamericanos, sino que vienen facilitadas o impuestas por ideologías externas, organizaciones internacionales y grandes capitales.

El varón y la mujer latinoamericanos están sufriendo el embate terrible de campañas contra la vida, que justifican su acción debido a la creciente pobreza del pueblo. Pero el problema no es la vida, el problema es la pobreza: no hay que matar al pobre o impedirle que crezca, hay que matar la pobreza e impedir que se quede radicada a través de los planes de los poderosos.

La familia latinoamericana ama a sus niños y a sus ancianos. Son innumerables las manifestaciones culturales, históricas y populares donde las personas del niño y del anciano son exaltadas y valoradas. Al ser un pueblo muy joven, el rol del anciano es muy importante y cumple roles importantes en la familia. Baste recordar la fiesta de la "Pachama-

ma" (la madre tierra) que sigue siendo celebrada con grandes manifestaciones en muchas naciones. Allí se elige a la mujer más anciana del pueblo y pasa a ser el centro de la festividad y representa a la tierra que acoge, protege y ayuda a quien la habita.

Por otro lado, los ritos fúnebres y los "campos santos" son momentos fuertes de la vida familiar. El respeto al difunto, más allá de las caracterizaciones anecdóticas y particularidades locales, se debe a que ha sido el lugar donde ha habitado el espíritu que ha vuelto a Dios y que, desde esa nueva vida, mira y vigila que quienes han quedado en esta tierra mantengan los valores y se comporten dignamente. Sin duda, el valor del respeto por la vida física es un valor fundamental.

En América Latina, las políticas de salud son muy extendidas y difusas, sin embargo, la práctica clínica en Hospitales y Centros Sanitarios no siempre se condice con aquellas políticas ni cuentan con los insumos necesarios y mandados. La participación de las "Cooperativas" y del voluntariado es realmente fundamental para tutelar y hacer funcionar o cooperar en el funcionamiento de muchas instituciones. Esto implica que las acciones terapéuticas puedan ser monitoreadas de forma directa o indirecta por terceros que pueden acercar una palabra de acompañamiento, e incluso de ayuda,

en el proceso de toma de decisión.

La certeza y justificación de la intervención del Hombre sobre el Hombre supera el mero dato técnico y científico. La persona busca siempre esa "otra palabra" que pueda ayudarle a comprender qué es lo que está pasando, qué es lo que le están proponiendo y qué es lo que tiene que aceptar o no. El hecho de que no sepa o pueda expresar esta necesidad y búsqueda nos compromete a los promotores de una bioética de orientación personalista en la enseñanza y promoción del principio de totalidad. Integrar todas las dimensiones de la persona va mucho más allá de la aplicación de un principio o la promoción de un derecho individual.

En América Latina, hay una gran experiencia y vivencia de la dimensión social y subsidiaria de las personas y de las instituciones intermedias. Son muchas las veces que la persona latinoamericana ha tenido que organizarse sola o con la ayuda de sus pares (vecinos, amigos, compañeros de trabajo, grupos parroquiales, comunidades de base, etc.) El ser social está en la base de la concepción del Hombre latinoamericano.

La historia de la "liberación" en América Latina es bastante conocida y marcó definitivamente varias décadas del pensamiento latinoamericano. Los conceptos libertad y responsabilidad, no necesitan explicación y se los relaciona con dimensiones esenciales de la vida de

la persona. Se sabe que la libertad es un valor fundamental y se trata de preservarlo especialmente en el ámbito de la familia y de los grupos más cercanos. Debido a la propia historia política latinoamericana, las personas han transitado muchos caminos, a veces silenciosos y sacrificados, para cuidar y gozar de la responsabilidad de sus actos libres. El gran "papá Estado" está en quiebra y ya no puede dar todo lo que promete, ni siquiera lo que debe por su propia función y misión. La justicia está tan politizada, la política tan corrupta y la sociedad tan endeudada, que las personas saben que, por más que reclamen al Estado lo que les corresponde, muy difícilmente lo obtengan. Deben ser ellos los actores y hacedores de su propio futuro.

4. CON RESPECTO AL MÉTODO

Considero que el problema del método en Bioética aún no está resuelto. Este hecho es muy grave porque toda ciencia y/o disciplina necesita su propio método para ser precisa y poder desarrollarse de forma universal.

Sin entrar a analizar la complejidad del problema del status epistemológico y metodológico de la Bioética, creo que es

oportuno reafirmar la presentación del "método triangular" propuesto por Sgreccia [6] y comentado por Pessina [7]. Este método, que se ha convertido en punto de referencia de las investigaciones del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore [8], es de gran valor, de fácil comprensión y utilización e integra todas las dimensiones del conflicto ético: a partir de "la exposición del dato médico en sus características y en la precisión científica correctamente comprobado (punto A del triángulo) (...) se debe pasar a analizar en profundidad el significado antropológico (...) para descubrir cuáles son los valores que están llamados en causa en relación a la vida, a la integridad y a la dignidad de la persona humana; éste será el vértice B (...) A partir de este análisis, se podrán determinar cuáles son los valores que se debe tutelar y cuáles serán las normas que se deben aplicar a la acción y a los agentes, tanto en la dimensión individual como en la social: se deben considerar los principios y las normas de conducta que deben hacer referencia a este centro que está constituido por el valor persona y de los valores que se encuentran en la persona y que se deben organizar por jerarquía (la vida, la salud, la responsabilidad personal, etc.) (...) vértice C de nuestro método triangular" [9].

[6] Sgreccia, Elio: *Manuale di Bioética*. Vita e Pensiero, Milano, 2000. Págs. 63-64.

[7] Pessina, Adriano: "Personalismo e Ricerca in Bioética", *Medicina e Morale*, 1997. Págs. 443-459; *La relazione tra la ricerca biomedica, l'antropologia e l'etica filosofiche. Appunti per una riflessione metodologica*. Presentación en la IX Asamblea de la Pontificia Accademia para la Vida, Roma, 24-26 de febrero de 2003.

[8] Pessina, Adriano: *La relazione tra...*

[9] Sgreccia, Elio: *Manuale...*

Estos tres vértices, **Medicina, Antropología y Ética**, permiten trazar un itinerario en el que se podrá obtener mayor claridad frente a los conflictos (objeto de la reflexión bioética) y, así, poder llegar al momento prescriptivo, luego de la deliberación necesaria, en perspectiva metaempírica y transdisciplinar. Esta metodología no requiere del "consenso" ni necesita la suma de las distintas competencias sino que, siguiendo un camino análogo al de la verdad, construye ese itinerario por medio del cual se formula el juicio de conciencia sobre la base de la verdad adquirida e integrada. El momento prescriptivo no es fruto de una deducción pura de los principios morales, sino que surge dentro de un complejo itinerario teórico que tiene en cuenta las diversas aproximaciones a la realidad, gracias a la actividad cognoscitiva del Hombre [10].

En la América de los contrastes y de las diversas realidades, es muy importante proponer un método que no dependa de principios de los cuales deducir una solución más o menos acorde con la realidad. El solo hecho de pensar que esos principios puedan llegar a tener un peso absoluto y definitivo y que puedan ser aceptados universalmente en todo el continente es pretencioso y se coloca más cerca de un intento de globalizar la moral que de respetar y

alentar procesos de libertad y responsabilidad en los distintos pueblos americanos. La fuerte influencia de "los Principios de Bioética" en América se debe, entre otras cosas, a la falta de propuestas alternativas y del "monopolio" que aquellos principios tuvieron durante varios años.

El presentar una metodología que permita confrontar tanto las posturas ateas, secularizadas (utilitarismo, contractualismo, etc.) y relativistas, con las provenientes de la antropología ontológica y la teología (católica y no católica) permite una dinámica dialógica que no excluye *a priori* a ningún interlocutor y que, respetando el pluralismo ético, nos permite concentrarnos en la persona como sujeto moral que busca el bien, y no tanto en una aplicación *quasi* matemática de principios preestablecidos.

Las visitas, conferencias y cursos dados en América Latina por Mons. Elio Sgreccia y algunos profesores de su escuela, han brindado el respaldo y aliento necesario para reforzar nuestros Institutos y la enseñanza de la Bioética Personalista. Algo nuevo ha comenzado. Ya hay varios pasos dados, en diferentes países, para que se reconozca esta corriente bioética: publicaciones, *Masters* y Cursos varios.

[10] Pessina, Adriano: *La relazione tra...*

5. LA IDENTIDAD CRISTIANA DE AMÉRICA Y EL ROL DE LA EDUCACIÓN

El mayor don que América ha recibido del Señor es la fe que ha ido forjando su identidad cristiana desde hace más de quinientos años. Identidad cristiana que no puede considerarse como sinónimo de identidad católica, lo que hace especialmente urgente el compromiso ecuménico [11], poniéndonos en actitud de diálogo y conocimiento mutuo.

El mundo se encuentra en camino hacia la integración universal desde el inicio de la Modernidad y la irrupción de América en la historia. La *globalización* es un proceso multidimensional que acelera la *unificación del mundo en el espacio y el tiempo*. Si, en el nivel secular, hay que conciliar la unidad del mundo y la diversidad de las culturas; en el nivel eclesial, toca discernir la relación entre catolicidad íntegra y universal de la fe (CEC 830) y la unificación mundial [12]. "A partir del mutuo hallazgo entre los continentes se descubre el mundo en su totalidad. La irrupción de América es un paso hacia una mayor universalidad del mundo y una más efectiva catolicidad de

la Iglesia" [13].

Justamente el diálogo entre la Iglesia y la cultura tiene como tema la persona humana, construir "el nuevo humanismo"[14]. La sabiduría del pueblo de Dios inculturado en América Latina, con su "humanismo cristiano" (Puebla 448), tiene valores que pueden aportar a una antropología integral y universal, para superar la uniformidad racionalista moderna y la fragmentación nihilista posmoderna [15]. ¿Qué puede aportar América Latina a un personalismo ontológicamente fundado? ¿Es posible que brinde alguna base para el diálogo entre las culturas?

Creo que puede aportar un personalismo centrado en Cristo pobre, el Cristo de todos, porque elige a los más pequeños, marginados y excluidos. En América Latina, se vive la fe en la pobreza y la pobreza en la fe. La razón seguirá un camino similar: en América Latina, se mira constantemente a los Estados Unidos de Norteamérica y a Europa, de forma especial, en relación con lo académico y científico; pero en las "traducciones" de sus contenidos, no se sabe hacer una co-

[11] Cfr. Juan Pablo II: *Ecclesia in America*, 14. Mexico, 1999.

[12] Cfr. Galli, Carlos: "El Servicio de la Iglesia al Intercambio entre Europa y América Latina", *Revista Teología*, XL, 78, 2001. Págs. 113-114. Este artículo es sumamente inspirador por su originalidad y profunda visión eclesiológica. Lo utilizo libremente como referente de esta parte de mi presentación.

[13] Juan Pablo II: "Discurso a los Obispos del CELAM en el Estadio Olímpico", 12-10-84, II, 2; *L'Osservatore Romano*, 21-10-84, Pág.12.

[14] Concilio Vaticano II: *Gaudium et Spes* 55.

[15] Cfr. Galli, Carlos: *El Servicio de...* Pág. 146.

recta adaptación a la tradición y al patrimonio cultural.

La Bioética Personalista, nos brinda una oportunidad maravillosa para rescatar a la persona como valor, concepto y realidad concreta, manteniendo la identidad cristiana centenaria, amada y sentida por los más pobres y por los que tienen más hambre de saber y de conocer, por los jóvenes y por los profesionales, por las familias y por los solitarios.

Sin embargo, esta identidad cristiana se ve hoy muy amenazada por el avance de numerosas sectas y, sobre todo, por el avance de la cultura posmoderna, con fuertes rasgos ideológicos de sincretismo y relativismo, donde se pretende excluir la dimensión religiosa de la persona. "El sentido de lo laico no debe entenderse como "amputación del factor religioso", como si fuera algo patológico, sino más bien, como respeto de todas las dimensiones del Hombre y de sus valores racionales, entendidos como aquellos de una razón que no se vuelve jamás sectaria y excluyente, sino que queda abierta a la realidad y al Hombre. La dimensión religiosa es una dimensión humana y tiene derecho de ser considerada" [16]. Esta dimensión religiosa no debe recluir-

se al campo de la "privacy" (privacidad) o eliminarla de la vida moral y ética de la persona.

El campo de la educación, tanto la escuela primaria y secundaria como el mundo universitario, son lugares privilegiados para desarrollar la búsqueda de la verdad, el estudio y la investigación. Las numerosas Universidades Católicas diseminadas por el Continente son un rasgo característico de la vida eclesial en América [17]. El diálogo entre la fe y las distintas disciplinas del saber, de forma particular la Bioética, ayudará a formar una cultura que integre las grandes cuestiones del Hombre, su valor, el sentido de su ser y de su obrar, de su conciencia y de su libertad. Será un deber prioritario de los intelectuales católicos promover una síntesis renovada y vital entre la fe y la cultura [18].

Son conocidas las diversas invitaciones e indicaciones de Su Santidad, Juan Pablo II, para que los intelectuales católicos se entreguen "al servicio de una nueva cultura de la vida con aportaciones serias, documentadas, capaces de ganarse por su valor el respeto e interés de todos (...) Una aportación específica deben dar también las Universidades, parti-

[16] Sgreccia, Elio: "Globalizzazione e bioetica", *Medicina e Morale*, 2002. Págs. 11-12

[17] Cfr. Juan Pablo II: *Ecclesia in America*, 18 ...

[18] Cfr. Congregación para la Educación Católica, Consejo Pontificio para los Laicos, Consejo Pontificio de la Cultura: *Presencia de la Iglesia en la Universidad y en la Cultura Universitaria*. Ciudad del Vaticano, 1994, II.1

cularmente, las católicas, los Centros, Institutos y Comités de Bioética"[19]. Más recientemente, el Papa les decía a los Rectores de las Universidades Católicas: "Las universidades católicas continúan jugando hoy un papel importante en el panorama científico internacional y están llamadas a tomar parte activa en la investigación y desarrollo del saber, para la promoción de las personas y el bien de la humanidad (...) Entre los temas que en la actualidad revisten un interés particular quisiera citar los que atañen directamente a la dignidad de la persona y sus derechos fundamentales y con los cuales están íntimamente relacionados los grandes interrogantes de la Bioética, como son el estatuto del embrión humano y las células estaminales, hoy objeto de experimentos y manipulaciones inquietantes, no siempre ni moral ni científicamente justificados. Conozco los esfuerzos que realizáis, al enseñar las disciplinas profanas, por transmitir a vuestros alumnos un humanismo cristiano y presentarles en su currículo universitario los elementos básicos de la Filosofía, la Bioética y la Teología. Esto confirmará su fe y formará su conciencia (cf. *Ex corde Ecclesiae*, 15). Es evidente que los centros universitarios que no respeten las leyes de la Iglesia y la enseñanza del Ma-

gisterio, sobre todo en materia de Bioética, no pueden invocar la condición de universidad católica. Por tanto, invito a las personas y a las universidades a reflexionar en su modo de vivir con fidelidad a los principios característicos de la identidad católica y, en consecuencia, a tomar las decisiones que se imponen" [20].

La educación en Bioética debe ser un proceso superador de una mera información o conocimiento, sino que debe promover una verdadera cultura de la vida, respetuosa de su sacralidad e inviolabilidad, y de promoción de la persona. Debe abrir el camino hacia la "Verdad que hace libre" que es una y Buena. La Bioética Personalista ontológicamente fundada tiene la virtud de ser una propuesta plenamente integradora, completa y promotora de valores y principios [21].

6. LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

La fundamentación en Bioética es, sin duda, el punto base y de partida para cualquier intento de trabajo y desarrollo. Debemos optimizar y aumentar los esfuerzos para lograr objetivos verdaderamente duraderos y que tengan un peso

[19] Juan Pablo II: *Evangelium Vitae*, 98. Ciudad del Vaticano, 1995.

[20] Juan Pablo II: "En los Avances científicos y en la Globalización se Debe Respetar Siempre la Dignidad Humana", Discurso a la Federación Internacional de Universidades Católicas, 5 de diciembre de 2002. *L'Osservatore Romano* (13 de diciembre de 2002). Pág. 4.

[21] Cfr. Di Pietro, María Luisa; Sgreccia, Elio; Cur.: *Bioetica ed Educazione*. Editrice La Scuola, Brescia, 1997. Pág. 8.

orientador y determinante en la sociedad, sobre todo, por medio de ofertas educativas serias y exigentes.

Partiendo de esta afirmación y teñiéndola como punto firme y regulador de las acciones concretas a llevar a cabo, tengo que afirmar, sin embargo, que los Comités Hospitalarios de Bioética (o de ética) son los lugares preferidos y los ámbitos privilegiados de la Bioética en América Latina [22].

La realidad hospitalaria y los Comités han sido y siguen siendo los ámbitos propios de la Bioética latinoamericana. Esto le ha dado una dinámica y orientación clínica muy marcada y positiva, pero ha impedido el correcto proceso de formación y educación de sus agentes. Muchas veces los Comités han nacido por una urgencia (situaciones clínicas límites y/o recurrentes) o por mandato de la ley (se han publicado leyes nacionales o regionales que han obligado a comenzar con Comités en plazos breves) o por exigencias externas (organizaciones internacionales que piden el parecer de Comités para la aprobación de ayudas financieras) o por otras causas coyunturales.

El esquema de trabajo que se utiliza, por lo general, es el anglosajón. Debi-

do a la falta de conocimientos profundos (se aprenden los cuatro principios y se los aplica de forma más o menos esquemática), es muy importante estar presente y aprovechar todas las instancias formativas o educativas para presentar la propuesta y la metodología de la Bioética Personalista ontológicamente fundada.

Una vez que se supera el prejuicio de que la Bioética principialista es intocable, los agentes sanitarios aceptan y se encuentran muy a gusto dentro de la dinámica personalista. Se identifican con gran facilidad y ven la veta humanista con claridad y de forma más cercana. Se animan a hacer propuestas de cambio y a preguntarse sobre la dimensión y el origen ético del conflicto, de la institución y de ellos mismos, y no tanto de cuál es el principio que me sirve o que me conviene utilizar en este caso particular. Les ayuda a hacer un proceso, un itinerario hacia la verdad, hacia los fundamentos y no una búsqueda, más o menos técnica, de elementos para hacer funcionar una cierta fórmula. Es una forma mucho más personal y personalizada de llegar a la decisión. Es un proceso liberador y de afirmación de principios, valores y virtudes. Transforma el importante momento del proceso de toma de decisión en una instancia humana y solidaria de encuen-

[22] Para esta parte ver: Bordin, Celia; Fracapani, Marta; Giannaccari, Liliana; Bochaty, Alberto: *Bioética. Experiencia Transdisciplinar desde un Comité Hospitalario Latinoamericano*. Lumen, Buenos Aires, 1996. Fracapani, Marta; Giannaccari, Liliana; Bochaty, Alberto; Bordin, Celia: *Bioética. Sus Instituciones*. Lumen, Buenos Aires, 1999.

tro, sobre la recta visión de la persona.

7. CONCLUSIONES

El título de nuestro Congreso, *Quale Personalismo?*, no es sólo una pregunta, es un auténtico desafío. Un desafío que nos exige una respuesta, un compromiso y unas acciones.

Creo que la respuesta en el contexto latinoamericano no puede ser otra que la de un **Personalismo ontológicamente fundado**, ya que "cuando se abandona este realismo ontológico y, por influencias de diversas corrientes de pensamiento, se pasa al idealismo, al inmanentismo, al psicologismo, al existencialismo, etc., surge (...) una endeble concepción de la persona, fundada en criterios puramente accidentales. Tal noción de persona no puede responder a los graves desafíos a los que la exponen los grandes interrogantes bioéticos contemporáneos. Solamente una fundamentación ontológica de la persona puede responder efectivamente a una cultura de la vida (...) pues es la única que no reduce a la persona a sus actos específicos, sino que acepta la existencia de la persona, en tanto sustancia, cuando sus actos aún no reflejan todas sus capacidades, por falta de desarrollo (embrión) o cuando sus capacidades ya desarrolladas no pueden

expresarse (discapacidad física o intelectual)" [23].

El compromiso debe ser el de la **educación en Bioética** a partir del "Corpus Vitae" del Magisterio de la Iglesia, a todos los niveles. Día a día crece la demanda de la Bioética y debemos responder desde la educación en las escuelas, especialmente las secundarias, y en la Universidad, tanto en el nivel de grado como de posgrado; siendo necesaria una perseverancia serena para que la Bioética sea incorporada en la currícula, especialmente a nivel de grado. También en los Seminarios y Facultades de Teología: en algunos países, las Conferencias Episcopales (Argentina: en su Directorio para los Seminarios, la Conferencia Episcopal manda un semestre académico de Bioética) o algunos Obispos ya han indicado la necesidad de la materia o cursos de Bioética, pero su aplicación aún encuentra dificultades. En los Comités Hospitalarios y de Investigación: debemos participar y hacer presente la palabra que defienda la persona y no sólo sus derechos.

Las acciones deben ser variadas y a diversos niveles. América Latina, el continente joven, es activo y vive tratando de construir su presente y su futuro desde una memoria positiva de su evangelización.

[23] Luckac de Stier, María: "Importancia de la noción de Persona como fundamento de la Bioética" en *Vida y Ética*, año 3, N°1 (junio 2003), Pág. 46.

Sin duda, en el campo de las acciones se pueden realizar tantas cuanta es la necesidad y la creatividad de cada persona, en cada lugar. Considero que debemos promover y proponer, por lo menos, las siguientes:

- Congresos, Seminarios, Talleres de Bioética de orientación personalista,
- Cursos de Bioética, Masters, Especializaciones, Cursos a Distancia y Virtuales,
- Creación y participación en Institutos, Centros y Comités de Bioética,
- Publicaciones y Conferencias de divulgación de la orientación personalista,
- Participación en las diferentes instancias de gobierno, de organizaciones internacionales (WHO, PAHO, UNESCO, FELAIIBE, etc.) y nacionales,
- Creación de bibliotecas y centros de consulta y tutorías,
- Participación en los medios de comuni-

cación, especialmente a nivel de asesoría, divulgación y del periodismo científico,

- Colaboración en la elaboración de programas y planificaciones académicas para la currícula de Bioética.

Dejo para el final una acción que estamos a punto de concretar y que considero fundamental, necesaria y de gran proyección de futuro; algo que venía reclamando y pidiendo desde hace algunos años, tanto a nivel personal como institucional: me refiero a la "Federazione Internazionale di Ispirazione Personalista". Quiero expresar públicamente la satisfacción, alegría y adhesión de la Pontificia Universidad Católica Argentina, el Instituto de Bioética y la mía personal a esta iniciativa tan importante y esperada. Felicitaciones y gracias, Excia. Rema. Mons. Elio Sgreccia; muchas gracias.

ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Pbro. Dr. Pablo Zanor

- Doctor en Teología con Especialidad en Matrimonio y Familia (Pontificia Università Lateranense, Instituto Giovanni Paolo II)
- Profesor del Curso Formativo para Operadores de Pastoral Familiar (Ferrara, Italia, 1999)
- Asesor diocesano del Secretariado para la Familia (Diócesis de San Justo, Buenos Aires, Argentina)
- Docente universitario en la Universidad Nacional de la Matanza (Buenos Aires, Argentina)
- Docente del Seminario Diocesano de San Justo (Buenos Aires, Argentina)
- Entre sus publicaciones se destacan, "Paternidad y artificio" en Mupin revista (1996) y Teoria dell'azione e presupposti ecclesiologici. In alcuni modelli di teologia morale, PUL-Mursia (2000)

Palabras clave

- Sexualidad
- Matrimonio
- Familia

1. PRESENTACIÓN

A partir de la consideración de la naturaleza de la sexualidad y de su significado teológico, en su relación con la procreación humana, intentaremos exponer las razones que hacen que ciertas acciones sean moralmente inaceptables. A saber, la homosexualidad, la contracepción y las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

2. SEXUALIDAD Y SEXO

Es conocida la frase de Simone de Beauvoir que sostiene que "no se nace mujer sino que se llega a ello". Se quiere sostener así que la diferenciación entre dos modos de ser, el del varón y el de la mujer, no serían más que la internalización de estereotipos culturales a través de una educación adquirida en la casa por parte de los padres y de una presión social que hace que el varón y la mujer deban ser de un modo y no de otro. Se pasa así a afirmar, también, que los roles tradicionalmente asignados a uno y a otro no son más que hechos culturales. Se concluye que el ser varón o el ser mujer no es otra cosa que el fruto de una autodeterminación del sujeto a través del ejercicio de su libertad. No podríamos hablar más de la diferencia varón-mujer sino que deberíamos ahora hablar del

género humano. Se nace ser humano y se decide ser varón o mujer. Una de las consecuencias a que lleva este modo de razonar es que el comportamiento sexual pasa a no tener nada que ver con el sexo anatómico y, por lo tanto, nadie estaría en condiciones de condenar las relaciones homosexuales o entre lesbianas, sin caer en la acusación de ser una persona que discrimina. Pero ¿es cierto que los roles son meramente culturales?, ¿es verdad que el ser varón o mujer es sólo una decisión y que, por lo tanto, el comportamiento sexual no tiene nada que ver con el sexo anatómico?

Reconozcamos que es verdad que existe un condicionamiento cultural, pero no todo es fruto de la cultura, sino que muchos hechos culturales se fundamentan sobre la base de una diferencia que es un *dato objetivo*.

Es cierto que no podemos confundir la sexualidad con los distintos roles que el varón y la mujer desempeñan, la sexualidad es una realidad que abarca mucho más. Pero también es cierto que la diferenciación de roles es una realidad que trasciende las culturas y que, por lo tanto, la división funcional de la actividad es un signo de una realidad antropológica que va más allá de lo cultural y que, de algún modo y en algún ámbito,

hacen a su constitución [1]. Así, por ejemplo, el comercio ocupa al 74% de los varones y sólo al 26% de las mujeres; el trabajo agrícola está en manos del 48% de los varones y en el 52% de las mujeres [2].

Que anatómicamente varón y mujer sean distintos no es sólo algo accidental. No podemos equiparar la sexualidad con el sexo: la sexualidad no es el sexo. El sexo hace referencia a lo biológico, por un lado, pero por otro, es un signo de una diferencia que configura lo humano en dos modos de ser distintos y, al mismo tiempo, iguales en dignidad. La sexualidad es más amplia que la diferencia anatómica y, en cierto sentido, la abarca. La sexualidad no termina en lo sexual sino que en el cuerpo comienza. En este sentido, podemos hablar del carácter simbólico del cuerpo.

3. EL SER VARÓN Y EL SER MUJER

Si ser varón o ser mujer no es un hecho accidental debemos entonces tratar de esbozar un perfil de estos dos modos de ser en los diferentes ámbitos de

su existir [3].

Podemos decir que la sexualidad es distinta en el varón y en la mujer. Mientras que la mujer es menos sensible a las excitaciones de origen visual o imaginativas que preceden a la actividad sexual, en el varón este tipo de excitaciones gravitan en un modo diverso, generando excitaciones asociadas, primeramente, a lo corporal. Podemos decir que en la mujer la sexualidad es mucho más espiritualizada y está menos comprometida con el simple deseo asociado a la satisfacción erótica, ello hace que su sexualidad sea más compleja en el modo de lograr la satisfacción erótica [4]. Un estudio de la revista *Psychology Today* sobre una población de 20.000 mujeres, demuestra que lo que más estimula el placer en ellas es el estar enamoradas [5]. En este sentido, podemos definir la sexualidad en la mujer como un estado, mientras que en el varón se presenta como una actividad.

Respecto de la paternidad y la maternidad, ésta tiene en la mujer toda una dimensión biológica, mientras que aque-

[1] Se puede consultar el estudio citado en Mucchielli, Roger, *Psicología della vita coniugale. Problema e indicazioni terapeutiche*, Città nuova, Roma, 1993, 32. Allí se pone en evidencia que la asignación de roles no es un hecho cultural, sobre la base de un estudio realizado sobre 224 grupos étnicos distintos.

[2] Cf. *Ibidem*.

[3] No se pretende con estas notas asignadas al varón y a la mujer establecer un perfil acabado de cada uno de ellos sino, más bien, poner de relieve, en un modo más plástico, las características de cada uno de ambos modos de ser en algunos ámbitos de lo humano.

[4] Cf. Mucchielli, Roger, cit., 37.

[5] Frankl, V., *Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia*, Rialp, Madrid, 1980, 26s.

lla, en el varón, predomina como dimensión social y afectiva. Al mismo tiempo, para el varón, el hecho de ser padre y esposo no lleva, generalmente, a un conflicto que requiera la conciliación entre ambos roles. En la mujer, el ser madre y esposa al mismo tiempo y de modo equilibrado no se da en modo pacífico. Hay mujeres que son más esposas que madres, las hay que son más madres que esposas. Baste hacer la prueba de preguntar a la mujer quién está primero, el esposo o los hijos, para darnos cuenta de que no es un tema que ellas resuelvan sin conflicto.

Este hecho se ve aún más agravado por la organización de la sociedad occidental que, al mismo tiempo que lanza a la mujer al mundo profesional y laboral, le delega la responsabilidad de la educación y crianza de los hijos como una tarea casi exclusiva de ella. De este modo, ella debe afrontar dos trabajos, la educación de los hijos y el propiamente laboral. Ciertamente esto genera en la mujer un *plus* de tensión que no la ayuda a hacer compatible su rol de madre y esposa [6].

En relación con el modo de comprender la realidad, podemos afirmar que la inteligencia femenina se halla inmersa

en la sensibilidad, permitiéndole percibir de un modo más profundo las relaciones entre los distintos seres entre sí y *hacerse cargo* de las distintas situaciones en que viven. En el varón predomina, más bien, una inteligencia de tipo instrumental, inclinada preferentemente hacia la materia.

Respecto de la afectividad, la mujer busca instaurar relaciones afectivas positivas con los demás. Podemos decir que percibe el mundo y las personas como algo que hay que conciliar, como una realidad para ser puestas en comunión. En el varón la realización de sí mismo implica independencia, reconocimiento social mientras el mundo es visto como algo a conquistar, como un desafío. En este sentido, la agresividad masculina es ofensiva, abierta, motriz y se desencadena fácilmente, mientras que en la mujer es, más bien, verbal y defensiva [7].

En lo tocante al modo de percibir el hogar como lugar donde vive la familia, el varón lo vive como un lugar de reposo, en donde se va a descansar para recuperarse de la lucha por la vida. Para ellas, en cambio, el hogar es un lugar de trabajo. La casa, su organización, su funcionamiento, son para ella una preocupación cotidiana. Por ello no es poco fre-

[6] Para una mayor profundización del tema cf. Haaland Matlary, J., *El tiempo de las mujeres. Notas para un nuevo feminismo*, Rialp, Madrid, 1999.

[7] Cf. Mucchielli, Roger, cit., 44.

cuenta que mientras ella tiene la necesidad de salir del hogar como un modo de descansar, el varón prefiera quedarse en su casa. Esta actitud de uno y de otro puede generar conflictos; en efecto, el varón no percibe lo importante que es para ella su ayuda en casa y, por lo tanto, una negativa ante un pedido de asistencia puede ser vivido por ella con dolor. Hoy es necesario replantear toda esta situación.

4. INTERPRETACIÓN TEOLÓGICA DE LA DIFERENCIA

"Hizo pues, Yahvé Dios caer sobre el hombre un profundo sopor; y dormido tomó una de sus costillas, cerrando en su lugar con carne, y de la costilla que del hombre tomara, formó Yahvé Dios, a la mujer" (Gn 2, 21-22). El sopor se presenta como el ámbito de preparación para un nuevo acto creador de Dios. En efecto, de él despierta varón y mujer. Es el libro del Génesis que por primera vez realiza la distinción *is - issah* [8], varón-mujer. De este modo, se deja clara la constitución dual de lo humano, es decir, como masculino y femenino.

"Quizá la analogía del sueño indica aquí no tanto un pasar de la conciencia a la subconciencia, cuanto un retorno

específico al no ser (el sueño comporta un componente de aniquilamiento de la existencia consciente del hombre) o sea, al momento antecedente a la creación, a fin de que, desde él por iniciativa creadora de Dios, el hombre solitario pueda surgir de nuevo en su doble unidad de varón y mujer" [9]. El relato de la creación de Gn. 2 es en verdad el relato de la creación de lo humano, es decir, de todo el hombre, en su polaridad varón-mujer.

La formación de la mujer a partir de la costilla del hombre refleja la unidad o igualdad entre ambos, lo que lleva al primer hombre creado a exclamar "Esto sí que es hueso de mis huesos y carne de mi carne." (Gn 2, 23) La alegría, hasta el momento no hallada por el hombre, se pone ahora de manifiesto ante la presencia de este otro ser humano, de un segundo yo. Pero, al mismo tiempo, la superación de la soledad originaria, es decir, de aquella soledad del hombre que hace poner en la boca de Dios "no es bueno que el hombre esté solo", revela, y al mismo tiempo manifiesta la unidad, el hecho de que el hombre es un ser para la comunión.

En efecto, la masculinidad y la femineidad indican "la nueva conciencia del sentido del propio cuerpo, sentido que,

[8] Cf. Giovanni Paolo II, *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano*, Città Nuova Editrice, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1985, Cat VIII, 7-XI-79 / 14-XI-79.

[9] *Ibidem*.

se puede decir, consiste en un enriquecimiento recíproco. Precisamente esta conciencia, a través de la cual la humanidad se forma de nuevo como comunión de personas, parece constituir el estrato que, en el relato de la creación del hombre y en la revelación del cuerpo contenida en él, es más profundo que la misma estructura somática como varón y mujer. En todo caso, esta estructura se presenta desde el principio con una conciencia profunda de la corporeidad y sexualidad humana y esto establece una norma inalienable para la comprensión teológica del hombre.

En conclusión, la identidad y la diferencia son los fundamentos de la reciprocidad del varón y la mujer, que hace de ambos, seres para la comunión. *En dicha comunión cada uno de ellos, sin perder su originalidad propia, alcanzan la plenitud de su ser. Lejos de anular a la persona en una realidad nueva que incluye y supera a las personas involucradas en la comunión, gracias a ella cada una se descubre a sí misma y, en este sentido, decimos que se auto-revela.*

Podemos decir que el "cuerpo, que expresa la femineidad para la masculinidad, y viceversa, la masculinidad para la femineidad, manifiestan la reciprocidad y

la comunión de las personas. Lo expresa a través del don como característica fundamental de la existencia personal. Este es el cuerpo: testigo de la creación como de un don fundamental, testigo pues del Amor como fuente de la que nació este mismo donar." [10] El cuerpo humano se reviste así del carácter esponsal, "es decir, la capacidad de expresar el amor; ese amor precisamente en que el hombre-persona se convierte en don y -mediante este don- realiza el sentido mismo de su ser y existir." [11]

5. DIMENSIÓN ESPONSAL DEL CUERPO.

El cuerpo pasa a ser parte integrante del lenguaje del amor humano y encuentra, por lo tanto, su cumplimiento en el amor espiritual, es decir, en la donación de sí como fruto de una elección libre. Esto significa que "la integración del amor y de sus actos en la vida del espíritu incluye la integración del cuerpo en la estructura del amor espiritual, un amor que se funda en la libertad y en la racionalidad y cuyo acto específico es la donación de sí libre." [12]

Sobre la base de la unidad esencial del cuerpo y del espíritu, el amor humano no es sólo un fenómeno espiritual, sino también corporal y es, en el caso del

[10] Ibidem, Cat XIV, 9-I-80 / 16-I-80.

[11] Ibidem.

[12] Rhoheimer, M., *Etica della procreazione*, Mursia, Roma, 2000, 49.

hombre, un lenguaje propio del espíritu debido a que el espíritu humano es la forma esencial del cuerpo. Por ello el cuerpo debe ser considerado como un sujeto y no como un objeto o medio del amor espiritual [13]. Por lo tanto, el cuerpo, en cuanto sujeto, le confiere al resultado de la unión entre un varón y una mujer el valor de un bien humano y no simplemente el resultado de un mero proceso biológico al modo en que se da entre dos animales. En segundo lugar, la procreación no puede ser separada de la dimensión espiritual del alma, por lo que la generación adquiere también una dimensión espiritual [14].

Esta dimensión espiritual del cuerpo hace que la transmisión de la vida humana presuponga el amor espiritual, es decir, un acto libre de recíproca donación. "La procreación humana tiene su lugar en el contexto de amor espiritual, es decir, el contexto de una comunión de personas, y no la instintiva guía del impulso." [15] Una procreación separada de dicho amor espiritual no sería estrictamente una procreación humana. Por ello que, al momento de separar la procreación del amor, ésta se convierte en mero instrumento que la persona utiliza con distintos objetivos: tener un hijo al modo como se tiene un vehículo, manipular la

vida desde sus orígenes con fines terapéuticos y, en caso de no ser posible la concreción a través de la relación natural entre un hombre y una mujer, dar lugar a la procreación tecnológica.

Por otra parte, la dimensión espiritual que adquiere el cuerpo le confiere a la relación sexual el significado de una entrega total que incluye, por ser total, la fidelidad y la apertura a la vida y, como condición o contexto, el matrimonio. Efectivamente, sólo quien se compromete matrimonialmente puede realizar el significado espiritual de una verdadera entrega total al momento de la unión de los cuerpos.

6. FUNDAMENTOS TEOLÓGICOS Y MORALES DE LA CASTIDAD.

Llegados a este punto podemos afirmar que los principios teológico-morales de la unidad o igualdad en la dignidad del varón y la mujer, por una parte y, en segundo lugar, la estructura comunional de la persona humana revelada en la diferencia, junto con el carácter espousal del cuerpo, nos brindan los principios para una correcta lectura moral de algunas acciones en el ámbito de la castidad.

Estos principios ponen de manifiesto los significados unitivo y procreati-

[13] *Ibidem*.

[14] Cf. Pablo VI., *Humanae Vitae*, N° 10.

[15] Rhoheimer, M., cit., 51.

vo que encierra la sexualidad humana y su indisoluble relación. En efecto, el hombre es un sujeto llamado a la comunión y sólo en ella puede alcanzar su perfección. En otras palabras, la dimensión esencial del ser varón y del ser mujer se va explicando en la relación recíproca, en el don sincero de sí. Esto significa que cada ser humano se realiza auténticamente viviendo la dimensión sexual, con la que ha sido creado, de modo sponsalicio, de donación plena, bien a través del matrimonio o de la continencia voluntaria.

La unión entre los esposos, en el ámbito de la integración en el orden de la razón de la inclinación natural a la unión con el otro sexo -es decir, en el ámbito de la castidad- implica la dimensión de la generación y, con ella, de la maternidad y de la paternidad. "El hombre, como varón y mujer, está en el umbral con la conciencia del significado generador del propio cuerpo: la masculinidad encierra en sí el significado de la paternidad, y la femineidad el de la maternidad." [16] Por ello es que *el acto sexual esté abierto a la vida es condición para que la persona sea querida y acogida en la totalidad de su ser mujer o varón.*

La apertura a la vida de cada acto sexual es la condición para la realización

del don recíproco, del respeto, de la acogida y del amor de los esposos. Cuando hablamos de apertura a la vida hacemos referencia al significado del acto conyugal, es decir, al aspecto intencional de la acción y no a la realización efectiva del mismo. En otros términos, que la procreación sea efectiva o no, depende de muchos factores que están más allá de la voluntad de las personas [17].

Cuando un matrimonio está abierto, en cada acto sexual, a la posibilidad de la maternidad y de la paternidad, la persona viene acogida y respetada en todo su ser, sea masculino sea femenino, con todas sus posibilidades, y viene querida, en definitiva, como Dios la ha pensado. A su vez, el acto conyugal alcanza su plenitud.

7. CONCLUSIONES.

El breve estudio hasta aquí realizado nos permite comprender y afrontar mejor la malicia de algunas acciones morales en el ámbito de la castidad.

Desde el momento que la diferencia varón y mujer no es una elección sino un dato querido por Dios, toda teoría que sostenga la elección del sexo se hace inadmisibles. Se entiende así la maldad

[16] Giovanni Paolo II, *Uomo e donna...*, cit., Cat XXII, 26-III-80 / 30-III-80.

[17] Por ejemplo, edad fértil, salud de los cónyuges, tiempos fértiles, etc.

moral de acciones homosexuales: expresan una realidad muy distinta de la que suponen, lo que se ve por su intrínseca infecundidad. En efecto, en ellas no se respeta la diferencia y no existe una verdadera comunión y, por lo tanto, no actúa el significado unitivo de la acción.

En segundo lugar, toda relación sexual fuera del matrimonio, es decir, al margen de un compromiso de entrega total y para toda la vida, no realiza el significado unitivo porque, si la consideramos con precisión, no incluye una donación en su totalidad. En efecto las personas en la unión de sus cuerpos no significan una entrega que los compromete mutuamente en un proyecto de vida común. "Ambos, el hombre y la mujer, no han constituido todavía en sí mismos y mediante ellos mismos la situación objetiva de un estado tal que el acto sexual, que pertenece a la esencia de su matrimonio, se pueda realizar con plena garantía." [18]

En tercer lugar, toda acción contraceptiva no puede ser moralmente admisible. Parece oportuno señalar que por acción anticonceptiva no se hace referencia a la ingestión de, por ejemplo, un compuesto hormonal por parte de la mujer, que altere su ciclo femenino. La contracepción no sería en este caso tomar una pastilla. Cuando hablamos de

acción contraceptiva hablamos de una acción intencional y no de una realidad física. Del mismo modo que la paternidad responsable no es usar un método de planificación familiar natural.

Por acción contraceptiva se entiende la relación matrimonial de los cónyuges realizada con la finalidad próxima o remota de excluir de ella toda posibilidad de llegar a ser, a partir de dicha relación, padre o madre. Si la donación matrimonial encierra, como ya hemos citado, la paternidad y la maternidad como parte intrínseca de dicho donarse, por lo tanto, toda acción que persiga de modo inmediato o mediato la exclusión de dichos significados hace caer a la acción en un acto de egoísmo y, por lo tanto, en una acción lujuriosa. "Forma parte de la esencia de esa situación objetiva que un hombre y una mujer constituyen de modo consciente y libre –para que su convivencia matrimonial pueda ser verdadera entrega mutua y recíproca de dos personas-, que tengan una actitud plenamente responsable con respecto a los actos de esa convivencia, a su pleno sentido, o sea, al sentido paternal y procreador que en sí tienen. Si no se acepta esta responsabilidad, la mutua entrega sexual de un hombre y una mujer no satisface las exigencias irrenunciables que plantea la dignidad de la persona..." [19]

[18] Wojtyła, K., *El don del amor*. Escritos sobre familia, Palabra, Madrid, 2000, 224.

[19] *Ibidem*.



FILIACIÓN POR DACIÓN O ABANDONO DEL CONCEBIDO CRIOCONSERVADO. TÉCNICAS DE PROCREACIÓN HUMANA ASISTIDA

*Reglamentación Legal en la
República Argentina.*

Prof. Dra. Catalina E. Arias de Ronchietto

- Doctora en Ciencias Jurídicas y Sociales (Universidad de Mendoza, Prov. de Mendoza, Argentina)
- Directora del Instituto de Derecho Civil Profesor Doctor Guillermo A. Borda (Universidad de Mendoza, Argentina)
- Profesora Titular Ordinaria de Derecho Civil V, Derecho de Familia (Universidad de Mendoza, Argentina)
- Investigadora del Departamento de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Mendoza, Argentina)
- Miembro del Comité de Bioética (Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Mendoza, Argentina)

Palabras clave

- Bioderecho
- Filiación
- Crioconservación de embriones
- Reproducción Humana Artificial

1. PRECISIONES FUNDAMENTALES.

El reconocimiento constitucional del comienzo de la vida humana desde la concepción, dentro o fuera del seno de su madre, y su consecuente resguardo jurídico integral no ha admitido –nunca– fisisura alguna en nuestra legislación constitucional, civil y penal, con firmeza que nos enaltece y compromete como Nación.

A título ejemplificativo, corresponde recordar hitos muy expresivos del pensamiento jurídico nacional al respecto:

- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Declaración: "La República Argentina declara que debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los dieciocho años de edad";

- Artículos 63 y 70 del Código Civil Argentino;

- X Congreso Internacional de Derecho de Familia, Comisión N°1 *Los principios jurídicos en la familia de nuestros días*: "(...) 7. Fortalecer el reconocimiento efectivo del resguardo de los derechos humanos, basándose en el principio de inviolabilidad y dignidad de la vida humana. Inviste especial importancia la consagración del concebido como sujeto de derecho". Proyecto de Código Civil. Comisión Honoraria decreto 685/95, *Fundamentos del Proyecto(...)*, precisan: "Al tratar del comienzo de la existencia de las personas se dispone que ello se produce con la con-

cepción; se elimina la expresión 'en el seno materno' para que puedan ser comprendidas las concepciones extrauterinas(...)", p. 22. Por ello, el Título I. *De la persona humana*. Cap. I. Comienzo de la existencia, artículo 15, que reforma al vigente artículo 63 del Código Civil, reconoce: "La existencia de las personas humanas comienza con la concepción." (Abeledo- Perrot, Bs. As., 1999)

- Doctrina: Jornadas Nacionales de Derecho Civil: XVII Jornadas, 1999. Comisión VI, P. VII, "El fideicomiso testamentario como instrumento para la protección de los concebidos dentro o fuera del seno materno"; XVIII Jornadas, 2001, Comisión V, en caso de divorcio "podrán integrar los acuerdos alimentarios el rubro de gastos de criopreservación, también lo relativo a la dación prenatal".

1.1. Conocimiento público de la práctica de criopreservación de embriones.

No obstante el reconocimiento del derecho humano fundamental a la inviolabilidad de la vida desde la concepción, éste encuentra –desde hace ya unos cuantos años– una flagrante excepción en la inercia con la que sobrellevamos el conocimiento público de que en nuestro país, en casi todos los laboratorios médicos especializados en la aplicación de las técnicas de procreación humana artificial, sobreviven congelados cientos de embriones. Los mismos soportan un trato agravante e ilegítimo en atropello al reconocimiento

expreso de su derecho a la vida y a su integridad y, además, al hecho de ser hijos de sus padres y pacientes de sus médicos-guardadores y en vistas a un futuro más que incierto.

1.2. Conocimiento científico de la precariedad de la existencia de los pacientes-embriones humanos congelados. Tal información, ¿integró el consentimiento informado y expreso de los progenitores-pacientes?

Es sabido por los médicos y demás especialistas -y debiera integrar la información del consentimiento de los progenitores-pacientes- que la crioconservación de embriones no procura protección médica suficiente a la vida, a la subsistencia de los concebidos, sino que, por el contrario, ella los expone a morir en altísimo porcentaje, ya sea por el mismo congelamiento, por el descongelamiento o por dificultades en la anidación o en su desarrollo como consecuencia de la crioconservación. También es posible que la muerte llegue a los concebidos por descarte masivo, por descarte selectivo-eugenésico, victimizándolos, al destinarlos como mero material de experimentación o comercializándolos.

1.3. Cosificación de los concebidos crioconservados-pacientes.

El congelamiento de los concebidos-pacientes es pretendidamente justificado por algunos médicos especialistas co-

mo el *costo* inevitable de la fecundación *in vitro* con transferencia de embriones (FIVET), porque dicha técnica, en su actual nivel de *eficacia* -que incluye el *cálculo* costo-beneficio- *exige* para su *éxito* y *progreso*, la *producción* de embriones *super-numerarios* con el fin de implantarlos a un *costo* menor si *fracasa* el primero o el segundo o el tercero o subsiguiente implante, haciendo evidente, desde el lenguaje empleado, la cosificación de los concebidos, su empleo como meros medios. Algunos profesionales manifiestan que, si bien el congelamiento de concebidos abarata "costos", simplifica "trámites" y "amplía mercados", ofrece un doble inconveniente: es caro por sí mismo y, además, porque los progenitores se desentienden y no pagan la crioconservación de sus hijos al laboratorio-guardador, "rubro integrante de la obligación alimentaria, en caso de separación o divorcio" (XVIII Jornadas Nacionales de Derecho Civil. Conclusiones Comisión V. Familia)

1.4. Insuficiente desarrollo actual de las técnicas.

La "necesidad" de crioconservar y el alto porcentaje de "fracasos", evidencia que las técnicas de referencia aún no han superado las exigencias básicas de su originaria aplicación en reproducción animal.

¿Qué debe hacer el derecho nacional para concretar la reparación de nuestra deuda con los embriones crioconserva-

dos y públicamente denunciados? ¡No más –no menos– que hacer cumplir sus leyes y las sentencias dictadas en consecuencia!

2. SENTENCIA DE LA EXCMA. CÁMARA NACIONAL CIVIL. SALA I: ORDEN DE REALIZAR UN CENSO DE OVOCITOS PRONUCLEADOS Y EMBRIONES CONGELADOS.

Desde diciembre de 1999, aguarda ejecución una trascendente sentencia de la Excma. Cámara Nacional Civil, Sala I, integrada por los *Drs. Delfina M. Borda, Eduardo Fermé y Julio Ojea Quintana*, a cuyos términos he adherido públicamente. La sentencia, concluye con precisión exhaustiva:

"(...) 2º) disponer que el Señor Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por intermedio de quien corresponda, *en el plazo de treinta (30) días, lleve a cabo un censo de embriones no implantados y ovocitos pronucleados existentes a la fecha en el ámbito de dicha Ciudad y conservados artificialmente por instituciones públicas o privadas o por profesionales*, procediendo a la individualización de esos embriones y ovocitos, de los dadores de los gametos masculinos y femeninos y de aquellas instituciones y profesionales, así como al registro de todo dato útil para tal individualización;

"3º) *prohibir toda acción sobre los mencionados embriones y ovocitos* -sea por parte de los dadores de los gametos, sea por parte de las instituciones o profesiona-

les actuantes- *que implique su destrucción y/o experimentación;*

"4º) *ordenar que toda disposición material o jurídica de esos embriones y ovocitos por parte de los dadores de los gametos o de las instituciones profesionales actuantes (...) se concrete con intervención del juez de la causa, la debida participación del Ministerio Público y de conformidad con los principios establecidos en este pronunciamiento*". Asimismo, los magistrados advierten: "(...) Cabe destacar que, al evaluar la factibilidad de esta medida, se tienen en cuenta sendas resoluciones adoptadas por el Honorable Senado de la Nación, en términos similares (S-1637/96 y S-2166/97)".

3. EL CENSO NACIONAL, EL PRINCIPIO JURÍDICO DE LA BUENA FE, LA PATRIA POTESTAD Y EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS.

La realización del censo, la protección de la vida de los embriones y el control judicial de toda disposición de ellos –erizados de situaciones inéditas, graves y complejas y enfrentados a poderosos intereses– obliga al resguardo del principio ético-jurídico de la buena fe, a exigir el cumplimiento de los deberes paternos y profesionales desde el momento de la concepción y a prever las correspondientes sanciones legales específicas.

El censo servirá:

a. **En general**, para: i) difundir el conoci-

miento social de las normas nacionales vigentes -constitucionales, civiles, administrativas y penales- de resguardo de la inviolabilidad de la vida humana desde la concepción; ii) afianzar la conciencia colectiva de justa solidaridad y responsabilidad social hacia estos menores, paralela a una apreciación crítica de los límites que las técnicas de procreación artificial y la ley que las regule, deberán respetar *conditio sine qua non* para ser aplicadas en seres humanos; iii) recordar que *"la patria potestad es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos..."* (artículo 264, Código Civil); iv) conocer la decisión de cada uno de los progenitores y, en consecuencia, determinar el estado de familia de sus hijos- embriones crioconservados; v) compulsar la respuesta de cada Centro Médico, en cumplimiento de su deber-derecho profesional y de colaboración con la justicia; vi) informar para la dilucidación de la ley penal y civil a sancionar.

b. Respecto a los pacientes-concebidos crioconservados: en vistas a su implantación en su madre o a su dación prenatal, el censo permitirá: i) individualizarlos; ii) saber si sus progenitores los conservan para sí, con el fin de implantarlos en su madre en determinado plazo o si optan por cederlos en dación prenatal; iii) si se han desentendido ya antes o si los abandonarán ahora ; iv) si otros familiares se han intere-

sado; v) nómina y porcentaje de muertes al descongelar o no lograr anidar; vi) nómina y porcentaje de nacidos vivos.

c. Sobre los pacientes-progenitores: el censo informará: i) la edad, estado civil, situación familiar, actividad laboral e historia clínica, en lo pertinente; ii) su opinión al ser informados de la posibilidad de la paternidad por adopción plena, antes de iniciar su tratamiento; iii) su cumplimiento respecto a los gastos de crioconservación de sus embriones ; iv) sus respuestas al ser informados sobre la filiación por dación prenatal; v) su decisión ante la información de que deberán implantarse sus embriones en un plazo determinado o cederlos en dación prenatal.

d. Respecto a los dadores de gametos: el censo actualizará información sobre: i) aplicación o no de la/s variante/s; ii) existencia de bancos de gametos femeninos y/o masculinos; iii) requisitos, gratuidad, anonimato, motivación, edad, estado civil, tener o no hijos biológicos; iv) desvinculación jurídica del niño que fuese concebido con sus gametos; v) control de SIDA y otras enfermedades de transmisión hereditaria y/o infecciosas; vi) criterio para la selección de los dadores; vii) número de fecundaciones previsto con cada dador; viii) conocimiento del conflicto constitucional de derechos entre el anonimato del dador y el derecho a la identidad del concebido con participación de sus gametos; ix) información al dador de su total desvincula-

ción con los embriones generados con su aporte; x) informe acerca de si se han dado casos de arrepentimiento de dadores que han retirado sus gametos del banco correspondiente o tratado de averiguar el destino que les han dado.

e. Sobre la actividad científica del Centro Médico: el censo actualizará el control de: i) el *curriculum* profesional y grado en la especialidad de sus directores, profesionales y auxiliares; ii) previsión del resguardo de la objeción de conciencia médica; iii) habilitación en la especialidad, condiciones de la misma y de su renovación; fecha de iniciación de la aplicación de las técnicas de procreación asistida, intra y extracorpóreas; iv) indicación de los métodos empleados dentro de cada una de ellas y fundamento de la indicación; v) existencia o no de bancos de gametos masculinos y femeninos de pacientes-progenitores y del registro *ad-hoc*; vi) existencia o no de banco de gametos de dadores y del respectivo registro; vii) práctica o no de la inseminación *post mortem*; viii) estadística del número de intentos por caso; ix) honorarios y costo de cada crioconservación y de su control médico; x) inventario del equipamiento biotecnológico; xi) toda otra información que el Centro Médico considere oportuno brindar a la Justicia en resguardo prioritario de la vida, la salud integral y el interés superior de cada embrión-paciente, de sus progenitores-pacientes y de la sociedad.

f. Información bajo juramento y archivo en registro con clave de acceso restringido. El censo brindará, además, información sobre los criterios de aplicación de las técnicas; evidenciará los distintos registros a implementar obligatoriamente en vistas al dictado de la ley que las regulará y a su correspondiente reglamentación. Por su materia y trascendencia, la información exige ser recabada bajo juramento, registrada y archivada, con clave de acceso restringido según el caso, conforme la reserva que exige la dignidad de la persona por nacer, la de los niños ya nacidos por aplicación de las técnicas de procreación artificial, el derecho al ejercicio profesional, el derecho a la intimidad personal y familiar, a la reserva propia de los tratamientos médicos y de los procedimientos judiciales.

g. Registros. Los registros médicos, judiciales y administrativos –algunos existentes y la mayoría a implementar; unos nacionales y otros provinciales– deberán coordinarse con el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas y con el Banco Nacional de Datos Genéticos.

4. IMPLEMENTACIÓN LEGAL DE LA FILIACIÓN POR DACIÓN O ABANDONO DEL CONCEBIDO CRIOCONSERVADO. SU URGENCIA.

Instamos a legislar reglamentando la Filiación por Dación (causal de fin de la patria potestad) o por Abandono expreso o tácito (causal de privación irrevisible de la

patria potestad) del concebido crioconservado en nuestro país.

a. **Denominación y carácter de emergencia del instituto filiatorio. Diferencia con la "adopción prenatal".** Optamos por denominar el instituto que postulamos: "filiación por dación prenatal" y no "adopción prenatal", por cuanto se lo implanta ante la emergencia impuesta por abusivos hechos consumados; de ningún modo, para legitimar la práctica de la crioconservación. La filiación por adopción, en cambio, es un instituto del derecho de familia de distinto origen, caracteres exclusivos y ya definitivamente incorporado al derecho de familia y a nuestra realidad socio-jurídica en protección del menor de edad en grave desamparo familiar.

b. **Citación y emplazamiento de ambos progenitores** y en su caso, **del/os dador/es**, para manifestar su voluntad al respecto ante el Director del Centro Médico correspondiente y del médico a cargo del tratamiento, bajo apercibimiento.

c. **Control y discernimiento judicial de la Filiación por Dación o Abandono**, con la participación necesaria del Ministerio Público y, en su caso, del Curador Especial del incapaz. Si son varios concebidos, hermanos entre sí, los representará el mismo Curador Especial.

d. La Dación del Concebido Crioconservado será **causal de extinción de la patria**

potestad de ambos progenitores.

e. El abandono, expreso o tácito, constituirá **causal de privación irrevocable de la patria potestad** de ambos progenitores debidamente citados y emplazados. En caso de desacuerdo, se otorgará un único plazo de reflexión de tres meses.

f. **Citación del/os donante/s**, con el fin de ratificar su desvinculación respecto del concebido.

g. **Derecho matrimonial exclusivo.** La Filiación por Dación será derecho exclusivo de matrimonios con tres años de casados, en edad biológicamente adecuada y no necesariamente sin hijos.

h. **Prohibición expresa.** Deberá prohibirse la aplicación de las técnicas: a mujeres solas (solteras, separadas, divorciadas, viudas, concubinas, en unión de hecho) o, de modo conjunto, a los integrantes de uniones de hecho –aunque se implemente en el futuro su registro a nivel nacional– o a concubinos.

i. **Determinación de la maternidad.** Siempre y conforme al artículo 242 del Código Civil, por el hecho del parto y la identidad del nacido.

j. **Determinación de la paternidad.** Por el consentimiento conjunto, informado y expreso, prestado por los cónyuges antes del implante del concebido crioconservado.

5. REGLAMENTACIÓN LEGAL GENERAL DE LAS TÉCNICAS DE PROCREACIÓN HUMANA ASISTIDA.

Con base en la información suministrada por el Censo Nacional citado y por la reglamentación de la Filiación por Dación o Abandono del Concebido Crioconservado, junto a la mayoritaria doctrina nacional, se propugna que se legisle para reglamentar las prácticas de procreación humana médicamente asistida, con contenidos coherentes, con el reconocimiento constitucional nacional de los derechos fundamentales y con subordinación al Derecho de Familia nacional.

Las técnicas biogenéticas de procreación médicamente asistida comprometen el resguardo integral del derecho a la inviolabilidad de la vida desde la concepción y el efectivo resguardo de otros derechos humanos fundamentales, con reconocimiento de rango constitucional: el derecho a la igualdad ante la ley del concebido por esa vía tecnocientífica (arbitraria discriminación la de implantar unos, crioconservar otros y descartar, manipular o comercializar a los demás); el derecho a la identidad e integridad personal, a ser gestado, a nacer y a crecer en familia. Asimismo, agreden el interés de terceros: en primer lugar, el de los concebidos crioconservados a su propia vida, el de los futuros concebidos por las técnicas al resguardo de todos sus derechos fundamentales y a la sociedad argentina, que

informada de su aplicación observa la inercia de su derecho en general y de sus especialidades civil, constitucional, administrativo y penal, en particular.

6. RELACIÓN DE SUBORDINACIÓN RESPECTO DEL DERECHO DE FAMILIA.

Los procedimientos tecnocientíficos de referencia tienen como evidente consecuencia, la creación de vínculos jurídicos de filiación, patria potestad y parentesco. Asimismo, afectan la propia constitución de las familias; por lo tanto, desbordan el ámbito de las acciones privadas para comprometer al orden público.

7. CONTENIDOS SUSTANCIALES DE LA REGLAMENTACIÓN.

7.1. Subsidiaridad.

Se propugnan: el reconocimiento legal de la aplicación estrictamente subsidiaria y excepcional de las técnicas, con la previsión de las correspondientes sanciones.

7.2. Aplicación matrimonial exclusiva. Consentimiento.

La aplicación de estas prácticas se reserva a matrimonios infértiles, con diagnóstico de médico especialista, con al menos tres años de casados y en edad biológicamente adecuada, con la previsión de las correspondientes sanciones. El

consentimiento conyugal deberá ser conjunto, informado, expreso y con base en una fórmula única de origen legal.

7.3. Prohibición expresa de aplicación.

A las mujeres solas (solteras, viudas, separadas, divorciadas, concubinas o en unión de hecho) y, en común, a concubinos y miembros de uniones de hecho aunque se reglamente su registración; previéndose las correspondientes sanciones.

7.4. Orden público. Sanciones.

A título enunciativo se postulan, además, las siguientes exigencias legales con carácter de orden público, previéndose en cada supuesto las correspondientes sanciones:

a. Prohibición de fecundar más de tres óvulos; tal es el número máximo que puede implantarse en un solo procedimiento, resguardando la vida de la madre y de los concebidos, tanto en las técnicas intracorpóreas como en la FIVET.

b. Prohibición de la práctica de crioconservación, salvo situación excepcional de emergencia, con la previsión de las correspondientes sanciones.

c. Determinación de la maternidad: siempre por el hecho del parto y la identidad del nacido, conforme al artículo 242 del Código Civil.

d. Determinación de la paternidad matrimonial. Con independencia de toda vicisitud de la vida matrimonial (iniciación de separación o divorcio, separación de hecho, etc.), la paternidad se determinará siempre por el consentimiento informado y expreso prestado por el marido, en forma conjunta con su cónyuge, al Centro Médico previo al inicio del tratamiento, incluso en el caso de haber aceptado la participación de donantes, la que a su vez se postula prohibir.

e. Determinación de la paternidad extramatrimonial: si se presenta el supuesto, que se propugna prohibir, sólo se determinará, confirmándola mediante las pruebas biológicas que se practicarán a cargo del Centro Médico; no será suficiente el reconocimiento.

f. Prohibición de la participación de donantes.

g. Prohibición de la inseminación post mortem.

h. Prohibición civil y penal de la denominada maternidad por subrogación.

8. CONCLUSIONES

Con fundamento en el reconocimiento constitucional del comienzo de la existencia de la persona humana desde el momento de la concepción, de los consiguientes derechos del concebido y los

correlativos deberes y derechos de sus padres y sus médicos, remitiendo a lo brevemente expuesto, propugnamos:

I. La realización del Censo Nacional de Concebidos Crioconservados ordenado por la Justicia.

1. Urge la concreción del Censo de **Concebidos Crioconservados**, ordenado por la sentencia de la Cámara Nacional de Apelaciones, sala I, 1999, a cuya resolución adherimos, extendiendo su alcance a todo el país. La crioconservación agravia derechos de rango constitucional del concebido: en primer lugar, a la vida, luego, a la integridad, a la identidad, a la igualdad ante la ley, a ser gestado y nacer en familia, a la gestación continua e integral en el seno de su madre, a ser reconocido sujeto por nacer, en consecuencia, derecho a no ser muerto, ni tratado como objeto de experimentación, de producción. También, a la designación de un Curador Especial y al control judicial de su destino con la participación del Ministerio de Menores.

2. **Suspensión de la práctica de crioconservación en nuevos casos.** En tanto, deberá ordenarse la suspensión de la práctica de crioconservación de los concebidos en los laboratorios médicos del país en los nuevos tratamientos. Esto implica: a) prohibir la fecundación de más de tres óvulos porque

ese es el número máximo que puede implantarse en un solo procedimiento resguardando la vida de todos los concebidos-pacientes y de la madre-paciente; b) emplazar y citar a los directores de los laboratorios médicos, y al médico a cargo del tratamiento, para que a su vez procedan a citar y emplazar a los progenitores-pacientes a definir la situación jurídica de sus hijos y a remitir a la justicia la información pertinente.

3. **Control judicial y del Ministerio Público.** El Director de cada laboratorio y el médico a cargo del tratamiento, deberán informar de la situación familiar de cada paciente-concebido crioconservado, al Magistrado correspondiente. Además, en la ley que reglamente, se deberán fijar los respectivos plazos y prever las correspondientes sanciones: multas, inhabilitación, privación de la patria potestad, otras.

II. Legislar para reglamentar la Filiación del Concebido Crioconservado por Dación o Abandono expreso o tácito de sus progenitores. Subordinación al Derecho de Familia.

Se considera necesario abordar, en primer lugar, esta cuestión de público conocimiento, subrayando su carácter de emergencia y su evidente urgencia resguardando su subordinación al Derecho de Familia y con base en la información

suministrada por el Censo Nacional ordenado por la Excma. Cámara Nacional Civil, Sala I.

III. Luego, se insta a legislar para reglamentar las prácticas de procreación humana médicamente asistida.

Esto, consagrando contenidos coherentes con el reconocimiento constitucional nacional de los derechos humanos fundamentales, su subordinación al Derecho de Familia y aprovechando cuanto se haya dilucidado al legislar sobre la filiación por dación o abandono del concebido crioconservado.



CLONACIÓN: PANORAMA LEGAL MUNDIAL.

*Límites jurídicos vs. libertad
de investigación.
Efectos en el Derecho de
Familia.*

Patricia Kuyumdjian de Williams

- Abogada, Especialista en Derecho de Familia.
Profesora Adjunta de Derecho de Familia y Sucesiones (Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Argentina)
- Profesora Invitada del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina)
- Miembro Comité de Bioética del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (Buenos Aires, Argentina)

Palabras clave

- Clonación
- Derecho de Familia
- Bioderecho

El estudio y la aplicación de las técnicas de clonación -que apuntan a la replicación del material biológico de seres vivos- es un tema sumamente controvertido, tanto en el campo ético como en el jurídico.

Hasta hace algunos años muchos juristas consideraban que era inútil debatir sobre las consecuencias jurídicas de la clonación humana, ya que esta nunca sería una realidad. El tema no provocó mayores problemas éticos ni sociales mientras las técnicas de clonación se emplearon en el campo de la industria farmacéutica.

Sin embargo, con el nacimiento de la oveja Dolly, en enero de 1997, no hubo dudas de que la clonación humana sería posible. Tal fue así que, en el diario *Clarín* del 14 agosto de 2002, el embriólogo Panos Zavos anunció que una mujer norteamericana estaría gestando un bebé clonado [1] y el diario *La Nación* del 23 de diciembre de 2002 informaba que la secta de los raelianos sostenía que en pocos días una mujer americana daría a luz un bebé clonado fuera de los Estados Unidos [2].

A fin de determinar cuáles son las normas jurídicas que regulan esta nueva realidad, corresponde **diferenciar la clo-**

nación con fines de reproducción humana de aquella con fines terapéuticos.

1. CLONACIÓN CON FINES DE REPRODUCCIÓN HUMANA

Al enfocar este supuesto llama la atención que, mientras en la mayor parte de los problemas bioéticos existen posiciones diversas -algunas a favor y otras en contra- no ocurre lo mismo en materia de clonación humana. En este supuesto, las posiciones asumidas en los documentos internacionales y en las legislaciones nacionales, en forma unánime, condenan y prohíben toda investigación o empleo de la técnica que lleve a la clonación.

Sin embargo, los científicos siguen adelante; la clonación de un ser humano es ya casi una realidad.

Esto nos lleva a formularnos dos preguntas: 1. si la libertad de investigación científica tiene límites; 2. si las declaraciones y legislaciones universales al prohibir la clonación han actuado en forma apresurada o se basan en sólidos fundamentos éticos y jurídicos.

Cuando nos referimos a la libertad de investigación nos encontramos frente a serios conflictos de valores. Por un lado, tenemos la libertad de investigación

[1] Diario *Clarín*, Argentina, 14 de agosto de 2002.

[2] Diario *La Nación*, Argentina, 23 de diciembre de 2002, Pág. 1.

científica y, por el otro, el indiscutible derecho de la sociedad de opinar e intervenir en temas límites que, no sólo comprometen a los integrantes actuales de la especie humana, sino a las generaciones futuras.

1.1. Declaraciones y Convenciones internacionales

Es de destacar que, en materia de clonación, las Declaraciones y Convenciones internacionales que se refieren a ella la condenan o prohíben en forma unánime. A modo de ejemplo, mencionaremos:

a) **La Declaración Universal sobre Genoma Humano y Derechos Humanos**, fue aprobada en forma unánime por los 181 países integrantes de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997. En su artículo 10, afirma la primacía del respeto de los derechos humanos en las investigaciones de Biología, Genética y Medicina y establece que es inadmisibles que tales investigaciones y sus aplicaciones persigan objetivos contrarios a los derechos del ser humano, a las libertades fundamentales y a ciertas poblaciones o minorías o que la manera en que se realicen di-

chas investigaciones no corresponda a los derechos del ser humano, a las libertades fundamentales y a la dignidad humana. Asimismo, en su artículo 11 establece que no deben permitirse las prácticas que sean contrarias a la dignidad humana, como la clonación con fines de reproducción de seres humanos.

b) **El Protocolo adicional a la Convención del Consejo de Europa aprobado el 12 de enero de 1998** prohibió en su artículo 1º cualquier intervención que tenga por objeto crear un ser humano genéticamente idéntico a otro, ya sea vivo o muerto.

c) En igual sentido se pronunció la 50ª Asamblea Mundial de la Salud en 1997, al aprobar una resolución que señalaba que "la utilización de la clonación para la reproducción de seres humanos es éticamente inaceptable y contraria a la integridad y moralidad humana [3].

d) El Parlamento Europeo aprobó el 21 de noviembre de 2002 una resolución en la que se muestra a favor de una prohibición universal y específica de todo tipo de clonación de seres humanos, en todas sus fases de formación y desarrollo [4].

[3] Gros Espiell, Héctor, "Más allá de la Declaración de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos", Conferencia plenaria dictada durante *VII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética*, Rosario, Noviembre de 2001.

[4] www.europarl.eu.int. El informe fue redactado por la portuguesa Elisa María Damiao y llevaba el título "Ciencias de la vida y Biotecnología. Una estrategia para Europa". Los diputados europeos adoptaron por 271 votos a favor y 154 en contra una enmienda introducida en el párrafo 20 en el que pide a la Comisión Europea y a los Estados Miembros la prohibición de toda forma de clonación. La resolución del Parlamento Europeo no tiene capacidad ejecutiva para los gobiernos de la Unión Europea, su función es la de orientar las legislaciones de esos países.

Respecto a las Organizaciones no gubernamentales internacionales podemos citar:

1. La **Asociación Médica Mundial**, por medio de una Resolución de mayo de 1997, "invita a los investigadores a abstenerse voluntariamente de participar en la clonación de seres humanos".
2. Una recomendación aprobada por la **Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)** en julio de 1997, indica que "la clonación con miras a la producción de un ser humano es inaceptable".

Autoridades religiosas

También tomaron posición sobre este tema:

1. La **Iglesia Católica**, a través de la Academia Pontificia para la Vida, en un documento titulado *Reflexiones sobre la clonación*, publicado en julio de 1997, indicaba: "La clonación humana se incluye en el proyecto del eugenismo y, por tanto, está expuesta a todas las observaciones éticas y jurídicas que lo han condenado ampliamente. En el ámbito de los derechos humanos, la posible clonación humana significaría una violación de los dos principios primordiales en los que se basan todos los dere-

chos humanos: el principio de igualdad entre los seres humanos y el principio de no discriminación" [5].

2. La **Iglesia de Escocia** en un informe sobre *La clonación animal y humana*, presentado a la Asamblea General de 1997, señalaba que la clonación de seres humanos sería "éticamente inaceptable por razones de principio. Esto representa una violación inaceptable de los derechos del ser humano, con un potencial de explotación que debería proibirse en el mundo entero".
3. El **Islamismo**: durante una reunión celebrada del 14 al 17 de junio de 1997 en Casablanca (Marruecos), más de sesenta doctores en derecho islámico manifestaron su profunda oposición a la clonación humana. Sostuvieron que esta interdicción también se propone evitar que los países en desarrollo se conviertan en un laboratorio para posibles experimentaciones en este campo. El texto aprobado estipula, en particular, que: "la clonación humana ordinaria, en la que el núcleo de una célula somática viva de un individuo se coloca en el citoplasma de un huevo sin núcleo, no puede ser autorizada".

1.2. Derecho Comparado

En el derecho comparado, las legis-

[5] Pontificia Academia para la Vida, *Reflexiones sobre Clonación*, www.vatican.va/romancuria/pontificalacademies.

laciones son unánimes en condenar la clonación, con distintas técnicas legislativas.

- Algunas legislaciones la **prohiben expresamente**, como es el caso de los países que se mencionan a continuación, así como de la Argentina:

1. **Canadá** [6]: a través del proyecto de ley C-47 de 1996, sobre las tecnologías y las operaciones comerciales relativas a la reproducción humana -también conocido como Ley relativa a las Tecnologías de la Reproducción Humana y la Genética-.
2. **Dinamarca**: Ley 503 de 1992 y Ley 460 de 1997 sobre la asistencia médica a la procreación; completa esta prohibición cuando afirma que no puede iniciarse un tratamiento en campos donde la investigación ya ha sido prohibida en virtud de la Ley de 1992 [7].
3. **Finlandia**.
4. **Italia**: por medio de un decreto del 5 de marzo de 1997, el Ministro de Salud prohibió cualquier forma de experimentación y de intervención que se proponga, incluso indirectamente, una

clonación humana o animal. Por su parte, el 21 de marzo de 1997, el Comité Nacional de Bioética (CNB) manifestó su oposición a la clonación humana que atenta contra la unicidad de cada ser humano y contra su dignidad.

5. **Lituania**.

6. **Nueva Zelanda** [8]: la Ley sobre Tecnología de la Reproducción Humana Asistida, que entró en vigor el 1° de enero de 1997, prohíbe la clonación.

7. **Países Bajos**.

- Otras legislaciones, **además de prohibirla, la penalizan**, como es el caso de:

1. **Alemania**: la Ley Federal del 13/12/1990 sobre la protección de embriones establece que la creación de un embrión genéticamente idéntico a otro embrión, a un feto o a cualquier persona viva o muerta constituye un delito.
2. **España**: la Ley 35/1988, relativa a la reproducción con asistencia médica, estipula que la creación de seres humanos idénticos por clonación o cualquier otra tecnología con fines de selección racial, atenta gravemente contra los

[6] El proyecto de ley C-47 (primera lectura, 14 de junio de 1996), sobre las tecnologías y las operaciones comerciales relativas a la reproducción humana -también conocido como Ley relativa a las Tecnologías de la Reproducción Humana y la Genética- indica que "nadie puede manipular a sabiendas un óvulo, un cigoto o un embrión para obtener un cigoto o un embrión que tengan un patrimonio genético idéntico al de un cigoto, un embrión, un feto o un ser humano -vivo o no- ni implantar un cigoto o un embrión así obtenido en el cuerpo de una mujer".

[7] Según la Ley 503 de 1992 sobre un sistema de Comités de Ética científica y sobre el tratamiento de los proyectos de investigación en las esferas de la Biología y la Medicina, se prohíben las investigaciones sobre la clonación (producción de individuos genéticamente idénticos). La Ley 460 de 1997 sobre la asistencia médica a la procreación completa esta posición cuando afirma que no puede iniciarse un tratamiento en campos donde la investigación ya ha sido prohibida en virtud de la Ley de 1992.

[8] La Ley sobre Tecnología de la Reproducción Humana Asistida, que entró en vigor el 1° de enero de 1997, establece que la clonación es una de las actividades prohibidas que no pueden autorizarse sean cuales fueren las circunstancias.

derechos humanos y es pasible de sanciones penales.

3. **Perú:** la prohibición de la clonación está mencionada genéricamente por el Código de los niños y adolescentes y por la Ley general de salud que, en su Art. 7, "prohíbe la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos". Estas prohibiciones a la clonación tienen una sanción expresa, como delitos, a través de la Ley 27636 (DOEP, 16/1/2002) que ha incorporado dentro al Código penal, en su Título XIV-A [9].

- En otros casos, la **prohibición surge implícitamente** de las disposiciones legales, como el caso de: **Francia** [10], **Irlanda**, **Noruega** [11], **Suecia** [12] y **Suiza** [13].

- En otros países, son las **organiza-**

ciones médicas las que sostienen la prohibición de la clonación:

1. **Chile:** en una Declaración sobre la Clonación Humana del 22 de abril de 1997, la Comisión de Ética, Cultura e Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, refiriéndose expresamente a la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de la UNESCO, manifestó su oposición, en las esferas de la biología y de la medicina, a toda investigación relativa a la clonación humana, inclusive cuando su interés sea médico.
2. **China:** en mayo de 1997, la Academia China de Ciencias prohibió las investigaciones sobre la clonación humana.
3. **Federación Rusa:** el 12 de enero de 1998, el Instituto Ruso de Investigaciones sobre Genética Molecular solicitó una ley que prohibiera la clonación humana.

[9] Delitos contra la Humanidad, el Capítulo V 'Manipulación genética', en los términos siguientes: "Artículo 324- Toda persona que haga uso de cualquier técnica de manipulación genética con la finalidad de clonar seres humanos, será reprimida con pena privativa de la libertad no menor de seis ni mayor de ocho años e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4 y 8". La solución legal no es sólo restringir, prohibir o penalizar la clonación sino dar salidas al avance científico siempre que se respete la vida humana. Por ejemplo, debería fomentarse la investigación sobre tejidos con células madre no embrionarias que pueden ser obtenidas de la piel, médula espinal, cerebro, hígado o tejido adiposo y limitar la obtenida de fetos y de embriones.

[10] A pedido del Presidente Chirac, el Comité Consultivo Nacional de Ética de las Ciencias de la Vida y de la Salud (CCNE) juzgó necesario, en su Dictamen N°54 del 22 de abril de 1997, oponerse de todas las maneras posibles al desarrollo de prácticas tendientes a la reproducción idéntica de un ser humano, así como a las investigaciones que puedan conducir a ese objetivo, puesto que la clonación atenta gravemente contra la dignidad de la persona humana.

[11] Noruega: La Ley 56 de 1994 sobre la utilización médica de las biotecnologías prohíbe implícitamente la clonación de embriones.

[12] La Ley 115 de marzo de 1991 prohíbe implícitamente la clonación de embriones y ovocitos, que es pasible de sanciones penales.

[13] La Constitución Federal prohíbe implícitamente la clonación de embriones (enmienda del 13 de agosto de 1982). Si se aprueba, el proyecto de Ley Federal de 1997 sobre asistencia médica a la procreación prohibirá expresamente la clonación de embriones y ovocitos, que será pasible de sanciones penales.

4. **India:** en diciembre de 1997, el Consejo Indio de Investigaciones Médicas publicó un documento consultivo sobre los principios éticos que habrán de regir las investigaciones biomédicas en sujetos humanos. La sección sobre genética indica que la clonación por trasplante de un núcleo "debe estar prohibida terminantemente por la ley".
5. **Japón:** en enero de 1998, el Consejo de Ciencias y Tecnologías, presidido por el Primer Ministro, creó otro comité sobre clonación que informó sobre la oportunidad de tomar disposiciones legislativas para prohibir la clonación con fines de reproducción de seres humanos en mayo de 1998.
6. **Portugal:** el 1° de abril de 1997, el Consejo Nacional de Ética de las Ciencias de la Vida declaró que "la clonación de seres humanos, dados los problemas que plantea en cuanto a la dignidad humana, el equilibrio de la especie humana y la vida en sociedad, es éticamente inaceptable y debe ser prohibida".
7. **Túnez:** el Comité Nacional de Ética Médica llegó a la conclusión de que debía prohibirse cualquier tecnología de clonación humana.

- Atención especial merece la situación de **Estados Unidos de Norteamérica** y del **Reino Unido**.

Estados Unidos: en 1994, el Consejo Asesor Nacional de los Estados Uni-

dos sobre Ética de la Reproducción recomendó que se promulgara una Ley Federal que prohibiera el intento de crear un ser humano mediante clonación por transferencia nuclear, ya sea en el ámbito clínico o de investigación.

En 1997, la Comisión Consultiva Nacional de Bioética, a pedido del Presidente Clinton emitió un Informe por el cual consideraba moralmente inaceptable la clonación y proponía al Congreso una ley sobre la prohibición de la clonación.

En junio de 2001 los diputados prohibieron todas las formas de clonación humana, incluso, la creación de embriones humanos para obtener células con fines terapéuticos. El proyecto castigaba a los infractores con penas de hasta 10 años de cárcel y multas de un millón de dólares.

La media sanción de esta ley se consiguió con 265 votos a favor de la prohibición contra 162 votos. Y fue considerada como una victoria del presidente George W. Bush, quien se opone a la clonación humana tanto reproductiva como de investigación médica.

Sin embargo, el problema radica en que, si los Estados Unidos la prohíben totalmente, sus científicos podrían perder la ventaja que tienen en el campo de la investigación. Por ello, la ley fue detenida en el Senado.

Reino Unido: la prohibición de la clonación fue propuesta en 1984 en el Informe Warnock. Después de esta reco-

mentación, la Ley sobre Fecundación y Embriología Humanas de 1990 [*Human Fertilization and Embryology Act*] expresamente prohibió la clonación humana.

En cambio, en diciembre de 2000, el Parlamento británico autorizó la clonación de células humanas con fines terapéuticos. Por 366 votos a favor (incluido el del primer ministro, Tony Blair) y 174 en contra, los miembros de la Cámara de los Comunes se convirtieron en los primeros del mundo en permitir la duplicación de material genético humano para uso médico e investigación científica.

Como consecuencia de ello, debieron reformar la Ley de Fertilización Humana y Embriología, por lo que actualmente los científicos británicos están autorizados a manipular embriones humanos sobrantes de hasta 14 días.

1.3. Legislación argentina

En nuestro país el Poder Ejecutivo Nacional sancionó el decreto 200/1997 del 7 de marzo de 1997, prohibiendo todos los experimentos de clonación relativos a seres humanos y pidió al Ministerio de Salud y Acción Social que preparara un proyecto de ley sobre este punto. Los considerandos del proyecto sostienen que "es función indelegable del Estado la defensa de la dignidad de la persona humana, la preservación de su salud y la calidad de vida de los habitantes; los avances científicos posibilitan la realización de experimentos de clonación humana

que plantean problemas éticos y morales que se contraponen a las pautas y valores culturales de nuestro pueblo (...)".

Mientras tanto, el Senado de la Nación declaró como "práctica aberrante" la posibilidad de aplicar el método de la clonación en seres humanos y advirtió que la ciencia y la técnica "deben respetar" los criterios fundamentales de moralidad.

El Proyecto de Ley sobre reproducción humana asistida, aprobado por el Senado en junio de 1997, prohibía experimentar con embriones humanos para realizar prácticas de clonación humana, reproductiva y terapéutica, y penaba con prisión o reclusión de 3 a 10 años e inhabilitación especial por el doble de la condena al que practicare la clonación o cualquier tipo de procedimiento dirigido a la obtención de seres humanos idénticos.

El Proyecto de Código Civil de 1999, si bien no se refiere expresamente a la clonación, determina en su Art. 111: "Prácticas eugenésicas. Quedan prohibidas las prácticas eugenésicas tendientes a la selección de genes, sexo o caracteres físicos o raciales de seres humanos. Ninguna modificación puede ser realizada a los caracteres genéticos con la finalidad de alterar los caracteres de descendencia de la persona, salvo que tenga por objeto exclusivo evitar la transmisión de enfermedades o de la predisposición a ella. Es prohibida toda práctica que afecte a la

integridad de la especie humana o que, de cualquier modo, tienda a la selección de las personas o a la modificación de la descendencia mediante la transformación de los caracteres genéticos. Quedan a salvo las investigaciones que tienden a la prevención y tratamiento de enfermedades genéticas".

1.4. Fundamentos para desaconsejar la clonación

De los documentos estudiados, observamos que la prohibición universal de la clonación se basa en los siguientes fundamentos:

1. La clonación humana se incluye en el proyecto del **eugenismo** y, por tanto, está expuesta a todas las observaciones éticas y jurídicas que lo han condenado mundialmente [14].
2. Compromete la **indeterminabilidad genética** al intervenir en la "lotería genética" [15].
3. Se produce una **instrumentalización radical de la mujer**, reducida a algunas de sus funciones puramente biológicas (prestadora de óvulos y de útero), a la vez que se abre la perspectiva de una investigación sobre la posibilidad de crear úteros artificiales, último paso para la producción «en laboratorio» del ser humano [16].
4. Esta técnica permite que algunos hombres pueden tener **un dominio total sobre la existencia de los demás**, hasta el punto de *programar su identidad biológica* —seleccionada sobre la base de criterios arbitrarios o puramente instrumentales.
5. La clonación humana viola los derechos del ser humano, **sus libertades fundamentales y la dignidad del individuo** y de grupos de individuos, en particular, de ciertas poblaciones o minorías [17]. Merece un juicio negativo también con relación a **la dignidad de la persona clonada**, que vendrá al mundo como «copia» de otro ser.
6. En el ámbito de los derechos humanos, la posible clonación humana significaría una violación de los dos principios fundamentales en los que se basan todos los derechos del hombre: **el principio de igualdad** entre los seres humanos y **el principio de no discriminación**. Contrariamente a cuanto pudiera parecer a primera vista, el principio de igualdad entre los seres humanos es vulnerado por esta posible forma de dominación

[14] Pontificia Academia para la Vida, Reflexiones sobre Clonación.

[15] Reunión sobre "Biotecnología animal, clonación y transgénesis, UNESCO, 1997.

[16] Pontificia Academia para la Vida, Reflexiones sobre Clonación.

[17] Declaración Universal sobre el Genoma Humano, UNESCO, 1997.

del Hombre sobre el Hombre, al mismo tiempo que existe una discriminación en toda la perspectiva selectiva - eugenista inherente a la lógica de la clonación.

7. Otro derecho seriamente amenazado sería el **Derecho a la Identidad Personal**, que como nuevo derecho personalísimo, ha registrado un amplio desarrollo durante el S. XX. La identidad personal es "ser sí mismo", como ser único e irrepetible. Dentro de los elementos constitutivos de la identidad personal, cabe mencionar: la paternidad, la maternidad, relaciones de filiación [18].

8. La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos comienza por afirmar la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana, más allá de su diversidad genética. Los individuos nunca pueden ser reducidos a sus características genéticas. Dada su libertad de juicio y de elección, los seres humanos trascienden su condicionamiento genético. Ello significa que la ciencia no es el árbitro de lo que constituye el valor humano o una vida humana válida.

9. **La libertad de investigación** no es un derecho absoluto y se encuentra limita-

do por los demás derechos fundamentales. El científico no puede considerar el rechazo moral de la clonación humana como una ofensa; al contrario, esta prohibición devuelve la dignidad a la investigación. La dignidad de la investigación científica consiste en ser uno de los recursos más ricos para el bien de la humanidad [19].

10. Se alteran **los principios fundamentales del Derecho de Familia**: la filiación, la consanguinidad, el parentesco y la paternidad o maternidad. Una mujer puede ser hermana gemela de su madre, carecer de padre biológico y ser hija de su abuelo. Con la clonación se produce una ruptura total de estos vínculos.

Quiero detenerme en este punto ya que la clonación conduce a la **desestructuración de la familia**. La reproducción asexual y agámica que realizará el clonaje reproductivo perturbaría todos los sistemas de filiación existentes y podría conducir a la suspensión misma de las relaciones de filiación [20].

¿Qué reglas de filiación debemos aplicar al clonado? ¿El donante sería padre y madre del clonado o, tal vez, debe entenderse que es padre si pertenece al

[18] Hooft, Pedro F., "La clonación a la luz de los derechos humanos y la Bioética", Revista *Derecho de Familia*, N° 21, Abeledo Perrot, Pág. 69.

[19] Documento Pontificia Academia para la Vida.

[20] Hurriet, C., *Clonage*, Pág. 62.

género masculino y madre si pertenece al femenino [21]?

A ello se agrega que, si consideramos que el ser clonado tiene una estructura genética igual al clonador, desde el punto de vista científico, deberíamos considerarlo hijo del padre y de la madre del clonador, o sea, hermano gemelo del clonador y no hijo suyo.

Resulta obvio que, si así se lo considerara, podrían afectarse las reglas sucesorias de aquellos padres y madres ya fallecidos [22].

El informe del Comité de expertos españoles destacaba cinco razones para desaconsejar la clonación [23]:

1. La inconveniencia de que una persona determine los factores genéticos de otro ser humano.
2. La agresión que supone para un individuo humano el ser genéricamente idéntico a otro ya nacido y de mayor edad que él que, de algún modo, le irá adelantando parte de su propia biografía.
3. La lesión que esa identidad genética anticipada en el tiempo puede suponer para su identidad y el derecho de todo ser humano a no saber o a ignorar su

devenir biológico.

4. El carácter sumamente discutible e incluso éticamente censurable de los motivos y deseos de las personas que aspiran a conseguir copias de sí mismos.
5. Finalmente, las posibles distorsiones de las relaciones parentales y familiares que podría generar y, por tanto, sufrir los niños nacidos mediante este tipo de técnicas.

2. CLONACIÓN CON FINES TERAPÉUTICOS

La clonación de embriones humanos con fines terapéuticos, crea un serio problema desde el punto de vista ético y moral, ya que entran a jugo temas vinculados con el estatuto del embrión y con la posibilidad de destruirlos para realizar experimentaciones o aplicaciones terapéuticas.

La Declaración de la UNESCO sobre los Derechos Humanos y Genoma Humano ya mencionada, prohíbe sin dudas la clonación con fines de reproducción de seres humanos, pero dejaría abierta, para muchos, una puerta a la clonación no reproductiva.

En los Estados Unidos, la Comisión

[21] Figueroa Yáñez, "Derecho Civil de la persona: del genoma al nacimiento", *Jurídica de Chile*, Santiago, 2001, Pág. 201.

[22] Bergel, Salvador, "Notas sobre bioética y clonación humana reproductiva", *Revista Derecho de Familia*, Abeledo Perrot, N° 21, Pág. 19.

[23] Bergel, Salvador D., "Genoma Humano: cómo y qué legislar", *La Ley*, 6 de diciembre de 2001.

Nacional Asesora de Bioética, en su informe anual de septiembre de 1999, sostenía que la utilización de fondos federales para el uso y derivación de células troncales embrionarias y células germinales embrionarias debería ser limitado a las dos fuentes de tales materiales: los embriones sobrantes de programas de fertilización in vitro (FIV) y los fetos abortados. Se desaconsejaba, por el contrario, la subvención federal de investigaciones con células estaminales procedentes de embriones obtenidos mediante técnicas de clonación por transferencia de núcleos a ovocitos (embriones somáticos) [24].

Seguidamente, en agosto de 2000, el gobierno de los Estados Unidos autorizó el uso de fondos públicos para investigación y manipulación de células madres provenientes de FIV, pero luego el Presidente Bush lo derogó e impulsó un proyecto legislativo que **prohíbe la clonación tanto reproductiva como terapéutica**, lo que quedó paralizado en el Senado [25].

Por su parte, el Vaticano –a través de la **Academia Pontificia para la Vida**– emitió la “Declaración sobre la Producción y uso científico y terapéutico de las

células estaminales embrionarias humanas”, el 24 de agosto 2000, donde indica que la vía más razonable y humana para continuar con las investigaciones sobre el tema, radica en utilizar células estaminales adultas y no embrionarias [26].

El **Parlamento Europeo**, por su parte, el 7 de septiembre de 2000 rechazó la clonación terapéutica basándose en que existen medios de curar enfermedades graves sin recurrir a la donación de embriones, promoviendo la utilización de células madres de personas adultas o del cordón umbilical del recién nacido. En la resolución aprobada por escasa mayoría, el Parlamento Europeo considera que la clonación terapéutica que busque la creación de seres humanos con fines de investigación plantea un problema profundo y flaquea una frontera sin retorno en el campo de la investigación [27].

Como ya dijimos, en el Reino Unido, en diciembre de 2000, la Cámara de los Comunes aprobó la clonación terapéutica de embriones con el objeto de obtener células madre para la curación de enfermedades genéticas degenerativas. Tal decisión fue ratificada por la Cá-

[24] Bergel, Salvador D., “Genoma Humano: cómo y qué legislar”, *La Ley*, 6 de diciembre de 2001.

[25] *Clarín Digital*, www.clarin.com, 7 de mayo de 2002.

[26] Pontificia Academia para la Vida, *Declaración sobre la Producción y uso científico y terapéutico de las células estaminales embrionarias humanas*, 24 de agosto de 2000.

[27] Bergel, Salvador D., “Genoma Humano: cómo y qué legislar”, *La Ley*, 6 de diciembre de 2001.

mara de los Loes en enero de 2001 autorizándose, por primera vez, en el mundo a clonar embriones sobrantes de los tratamientos de fertilización asistida de hasta 14 días de gestación. Debemos dejar bien en claro que esta autorización no abarca la clonación humana [28].

En **Italia**, en diciembre de 2000, científicos dirigidos por Dulbecco, coincidieron en aceptar la clonación terapéutica a partir de tejidos adultos. En cambio, hubo divergencias entre ellos con relación a la utilización de embriones congelados.

En agosto de 2001, **Francia y Alemania** propusieron a la ONU crear un Tratado Internacional que apruebe la clonación de embriones, con oposición de los Estados Unidos.

La Duma, o Cámara baja del Parlamento de Rusia, aprobó en 2002 una ley de moratoria durante 5 años a todas las prácticas e investigaciones relacionadas con la clonación de tejidos humanos [29].

En la **Argentina**, por aplicación de las normas constitucionales y los Tratados Internacionales -en especial la Conven-

ción Internacional de los Derechos del Niño [30] y el decreto 200/1997, ya mencionado- no cabe duda de que la prohibición abarca todo tipo de clonación.

A ello debe agregarse el fallo jurisprudencial de la **Cámara Nacional Civil, Sala I, dictada el 3 de diciembre de 1999** [31]. Por primera vez, un Tribunal Argentino se pronunció sobre la naturaleza jurídica de las personas concebidas fuera del seno materno y sobre la protección de los embriones supernumerarios. Luego de analizar las normas Código Civil y Tratados Internacionales incorporados a la Constitución Nacional, el Tribunal concluye que, para nuestro régimen legal, "el ser humano y todo ser humano es persona" y el comienzo de la existencia de las personas físicas coincide con el principio de la vida humana, con independencia de que ésta tenga lugar dentro o fuera del seno materno, y ello basta para que el Derecho acuda en auxilio de ellas y preserve su derecho a la vida.

El fallo concluye sosteniendo que en los embriones, y aun en los ovocitos pronucleados, hay un verdadero sujeto de derecho y, por lo tanto, deben arbitrarse las medidas que aseguren su dignidad, su vida y su identidad. Asimismo, "prohíbe

[28] Clarín Digital, www.clarin.com, 28 de febrero de 2002.

[29] Clarín Digital, www.clarin.com, 22 de abril de 2002.

[30] La Argentina formuló una reserva por la cual se considera niño desde la concepción hasta los 18 años.

[31] Rabinovich s/ Medidas precautorias, *El Derecho*, T. 185, Pág. 407 y sig.

toda acción sobre los embriones y ovocitos que implique su destrucción o experimentación". Por ello, de ninguna manera los embriones pueden ser utilizados para la clonación con fines terapéuticos.

Posteriormente, el Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del 5 de marzo de 2002 'Portal de Belén Asociación Civil s/ fines de lucro c/ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ Amparo' reafirma que "la vida humana tiene lugar con la unión de los dos gametos, es decir, con la fecundación; en ese momento existe un ser humano en estado embrionario (...) esta Corte ha declarado que el derecho a la vida es el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que resulta garantizada por la Constitución Nacional". El fallo cita al Pacto de San José de Costa Rica que sostiene que "toda persona tiene derecho a que se respete su vida y este derecho estará protegido por ley, en general, a partir del momento de la concepción".

3. CONCLUSIÓN

Tal como puede apreciarse, existe una abrumadora opinión contraria a la aceptación de la clonación, basada en argumentos incontestables.

En la Argentina, del estudio de las normas y jurisprudencia vigentes, surge claramente que, tanto la clonación reproductiva como aquella con fines terapéuticos que utilice embriones, estaría prohibida.

A modo de síntesis podemos sostener que la clonación de personas importa la violación de los derechos humanos y atenta contra la dignidad, integridad e intimidad de la persona, todos ellos derechos tutelados constitucionalmente.

Existe consenso en el sentido de que la libertad de investigación científica no es un derecho absoluto y que, por lo tanto, se encuentra limitada por los demás derechos fundamentales y, en especial, por todo aquello que implica el respeto a la dignidad inalienable del ser humano [32].

[32] Aparici, Angela, *Proyecto Genoma Humano: algunas reflexiones sobre sus relaciones con el Derecho*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997, Pág. 91.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Pontificia para la Vida, *Declaración sobre la Producción y uso científico y terapéutico de las células estaminales embrionarias humanas*, 24 de agosto de 2000.
2. Academia Pontificia para la Vida, *Reflexiones sobre clonación*.
3. Aparici, *Angela*, *Proyecto Genoma Humano: algunas reflexiones sobre sus relaciones con el Derecho*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997.
4. Bergel, Salvador D., "Notas sobre Bioética y clonación humana reproductiva", *Derecho de Familia*, Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia N°21, Lexis Nexis, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2002.
5. Bergel, Salvador D., "Genoma Humano: cómo y qué legislar", *La Ley*, 6 de diciembre de 2001.
6. Byk, Christian, "El clon, lo humano y el derecho", *Jurisprudencia Argentina*, Bioética, Buenos Aires, noviembre de 2000.
7. Declaración Universal sobre el Genoma Humano, UNESCO, 1997.
8. Figueroa Yáñez, "Derecho Civil de la persona: del genoma al nacimiento", *Jurídica de Chile*, Santiago, 2001.
9. *Recomendaciones del Comité de expertos sobre Bioética y Clonación*, Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Fundación Ciencias de la salud, Madrid, 1999.
10. Gros Espiell, Héctor, "Más allá de la Declaración de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los derechos Humanos", Conferencia plenaria dictada durante VII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética, Rosario, noviembre de 2001.
11. Hooft, Pedro F., "La clonación a la luz de los derechos humanos y la Bioética", *Derecho de Familia*, Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia N°21, Lexis Nexis, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2002.
12. Kemelmajer de Carlucci, Aida, "Determinación de la filiación del clonado", *Jurisprudencia Argentina*, Bioética 2º parte, Lexis Nexis, Buenos Aires, diciembre de 2001.
13. Messina de Estrella Gutiérrez, Graciela, *Bioderecho*, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1998.
14. www.vatican.va/romancuria/pontificalacademies
15. www.clarin.com
16. www.europarl.eu.int

EMBARAZOS INCOMPATIBLES CON LA VIDA

Declaración del Instituto de Bioética de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

(Buenos Aires, junio de 2003)

El Instituto de Bioética de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica Argentina, quiere **proponer algunas reflexiones**, urgentes y fundamentales, a partir de haber tomado estado público un proyecto de ley aprobado por la Comisión de Salud y de la Mujer de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, referente a fetos con anencefalia y patologías incompatibles con la vida.

a) Consideramos que el "*anencéfalo*" es fruto de una fecundación humana con organización y ADN humano, que desde el momento de la fecundación ha sido teleológicamente dirigido con un *principio vital propio* [1]. No debe haber, por lo tanto, dudas sobre el hecho que nos encontramos de frente a un *individuo de la especie humana, que tiene que ser respetado como persona, como sucede con cualquier otro embrión* [2]. El triste hecho de su gravísima patología, no le quita dignidad ni lo convierte en despreciable, por el contrario, lo transforma en un ser humano sumamente frágil, pequeño y débil, sujeto a cuidado y protección espe-

[1] Cfr. "Task Force for the Determination of Brain Death in Children: Guidelines for the determination of Brain Death in Children", *Neurology*, 1987, 37, pags. 1077-1078.

[2] Cfr. Sgreccia, Elio: *Manuale di Bioetica*, Vol. I, Vita e Pensiero, 2000, pags. 702-703.

cial, acorde a su patología y diagnóstico infausto y en el espíritu de no discriminación (en este caso, debido a su enfermedad). Esto también se aplica a todo embrión humano con cualquier patología incompatible con la vida.

b) Consideramos que, tanto la madre como el padre (nunca nombrado en el proyecto en cuestión, lo que nos parece una omisión discriminatoria y de exclusión) de este hijo/a tan gravemente enfermo/a, son sujetos de especial cuidado y atención, ya que sufren un golpe psicológico, emocional y afectivo muy fuerte, que exigirá una ardua tarea y esfuerzo para poder superar el dolor profundo, los sentimientos encontrados y las sensaciones que causa conocer, aceptar y asumir una realidad tan diferente a la soñada y deseada en el momento de engendrar esta nueva vida.

c) Las tareas de ayuda de un tratamiento psicoterapéutico y de un acompañamiento moral y espiritual (religioso o no) deben ser brindadas y aseguradas tanto por el Estado como por las instituciones intermedias. *Frente a una grave enfermedad y malformación, hay que dirigir todos los esfuerzos para eliminar la enfermedad y no para eliminar al enfermo.* En este caso concreto, debemos reconocer que el primer enfermo o paciente es el ser humano que sufre la anencefalia o la patología gravísima incompatible con la vida, ciertamente diagnosticada. Los segundos pacientes son la madre, en primer lugar, y el padre junto a ella (cuando es conocido y acompaña a la madre). Cuando el padre

abandona a la madre y desaparece, evidencia una enfermedad y patología que se manifiestan en su forma de actuar claramente egoísta e irresponsable, lo que implica mayor atención y cuidado hacia la madre.

d) A otro nivel, rechazamos este nuevo intento de judicializar y/o "legislatizar" los actos médicos. La ciencia médica en su buen arte, saber y entender, siguiendo las normas milenarias de la ética hipocrática y las nuevas realidades bioéticas, no necesita de leyes puntuales para cada práctica médica. Estas leyes son necesarias cuando la práctica médica riñe con las categorías antes mencionadas.

e) Sabemos que ante ciertas patologías graves y específicas, está indicado el adelantamiento del parto (cuando el feto es ciertamente viable) para el mayor bien del naciente y/o de la madre. Para la realización de esta práctica médica, sólo es necesario el proceso habitual, correcto y específico de la relación médico-paciente, según el diagnóstico seguro, y no existe ninguna ley específica de la Legislatura que la regule. Ahora bien, si lo que se quiere legislar no es un adelantamiento del parto (lo que no compete a la Legislatura, como queda dicho) sino una acción médica abortiva o dudosa, será necesario ser muy claros, evitar toda ambigüedad y abrir un espacio de diálogo y reflexión que incluya los aportes de las diversas ciencias, entre ellas la Bioética, ya que se tratará de una ley sumamente cuestionable y definitivamente contraria

a nuestra Constitución Nacional, nuestra tradición jurídica y nuestra propia cultura respetuosa de la vida naciente.

f) Para saber si las patologías que nos ocupan implican como indicación terapéutica la acción médica, única y taxativa, del adelantamiento del parto, creemos que se deben tener en cuenta: 1. el hecho biomédico (medicina), 2. el significado antropológico de los conflictos que pueden surgir del análisis del mismo (antropología) y 3. los valores que se ponen en juego (ética). Estas tres dimensiones deben encontrarse en un itinerario dialógico que las conecte, para que la madre y el padre puedan descubrir la verdad en tan dolorosa realidad. Este proceso debe ayudarlos a ejercer su libertad y responsabilidad, lejos de las fuertes presiones que podrían llegar a ejercer ideologías (que a veces menosprecian la maternidad, la familia, etc.), legislaciones, instituciones internacionales y asociaciones promotoras de una cultura que no siempre respeta el valor de la vida física y que puede generar consecuencias eugenésicas.

Queremos expresar nuestro convencimiento de que frente a los grandes desafíos bioéticos de nuestro tiempo y a situaciones de particular sufrimiento, la sola respuesta médica o la justificación legal no alcanzan para la verdadera solución del conflicto humano y ético. Aun-

que el método científico empirista no contemple la categoría "amor", nos atrevemos a introducir esta categoría tan esencial a la persona y a sus relaciones. *"El servicio de la caridad a la vida debe ser profundamente unitario: no se pueden tolerar unilateralismos y discriminaciones, porque la vida humana es sagrada e inviolable en todas sus fases y situaciones... se trata de 'hacerse cargo' de toda la vida y de la vida de todos"* [3].

Finalmente, manifestamos nuestra cercanía, conocimiento y comprensión a todas las personas involucradas en estas situaciones y las alentamos a tomar decisiones ponderadas desde los principios, los valores y las virtudes que son los que deben iluminar sus vidas, sus sentimientos, sus emociones y sus juicios rectos. A los católicos, en particular, los invitamos a renovar la fidelidad al Cristo de la Historia que "no hizo acepción de personas" y a las enseñanzas del *Evangelio de la Vida que "es para la ciudad de los hombres. Trabajar a favor de la vida es contribuir a la renovación de la sociedad mediante la edificación del bien común... no puede haber verdadera democracia si no se reconoce la dignidad de cada persona y no se respetan sus derechos"* [4].

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
Director
Instituto de Bioética UCA

[3] Cfr. Juan Pablo II: *Evangelium Vitae*, 87.

[4] Cfr. *Ibid.* 101.

¿OVULACIONES MÚLTIPLES EN LA MUJER?

*Aclaración del Instituto de Bioética
de la Facultad de Posgrado en
Ciencias de la Salud de la Pontificia
Universidad Católica Argentina.*

El pasado 11 de julio el diario *Clarín* publicó en la sección Salud una nota titulada "Hay mujeres que ovularían más de una vez por mes" [1]. A continuación, en la bajada anunciaba que "El hallazgo demostraría que no existe 'un momento seguro' para evitar el embarazo".

Dicha nota refiere al trabajo de investigadores de la Universidad de Saskatchewan (Canadá) difundido en la revista canadiense *Fertility and Sterility* quienes, según este importante matutino argentino, "descubrieron que algunas mujeres pueden ovular más de una vez durante el ciclo menstrual normal, desafiando así la teoría médica tradicional que asegura que sólo un óvulo madura en cada ciclo."

"Este descubrimiento -puntualiza *Clarín*- tiene importantes consecuencias para el control de la natalidad, porque demostraría que las mujeres pueden embarazarse en distintos momentos durante el ciclo menstrual. También explicaría las fallas en ciertos anticonceptivos de uso oral y en el "método Billings" de planificación natural -auspiciado por la Iglesia Católica- que se basa en no man-

[1] El artículo está disponible en
<http://old.clarin.com/diario/2003/07/11/s-03801.htm>

tener relaciones sexuales durante los supuestos 'días fértiles' de la mujer".

Más adelante, el diario detalla que "hasta ahora se creía que la mayoría de las mujeres ovula sólo una vez, generalmente entre el día 11 y el 17 del ciclo menstrual. Pero la investigación muestra que **muchas pueden ovular hasta tres veces, en distintos momentos... el 40 por ciento de estas mujeres tiene la capacidad de ovular más de una vez durante el ciclo menstrual.** Eso significa que 'los métodos de planificación familiar natural no funcionan, ya que durante el ciclo menstrual no existe un momento supuestamente seguro para mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo', dijo Pierson", responsable del equipo de investigación y miembro del Departamento de Ginecología, Obstetricia y Ciencias Reproductivas de la Universidad de Saskatchewan,

Luego de consultar la fuente citada, originaria de la nota periodística mencionada -es decir, el artículo "Un modelo nuevo de desarrollo de los folículos ováricos durante el ciclo sexual humano", publicado en la revista *Fertility and Sterility* (2003; 80: 116-22)- llaman la atención algunos de los comentarios mencionados.

En apretada síntesis, lo más representativo de las conclusiones del artículo son las siguientes:

- Se investigó el desarrollo de los folículos ováricos a través de estudios diarios de ultrasonido transvaginales. Inicialmente se realizó el seguimiento de sesenta y tres mujeres. Dado que trece de ellas fueron excluidas por motivos diversos, culminaron el estudio cincuenta mujeres.
- El resultado del estudio confirmó la hipótesis de que la maduración folicular de las mujeres ocurre en forma de "olas" durante el ciclo menstrual. Se corroboró que la mujer presenta dos o tres olas de desarrollo folicular.
- Durante el ciclo, el mayor número de "olas" foliculares se asoció con intervalos más largos entre una y otra ovulación e intervalos más cortos entre "olas". Sólo la ola final del desarrollo folicular era ovulatoria, mientras que las precedentes olas eran anovulatorias. En los ciclos de dos y tres "olas", la ola ovulatoria emergía en la fase folicular temprana y las olas anovulatorias se desarrollaban en la fase lútea.
- El desarrollo de folículos anovulatorios en la fase lútea ocurre como resultado de la inhibición de secreción de LH mediada por la progesterona a niveles que permiten el desarrollo folicular pero no el pico de LH para que ocurra la ovulación.
- Se deduce entonces que la demostración de "olas" de maduración folicular no implica que las mujeres hayan ovulado varias veces en el ciclo; por lo que no pueden embarazarse en distintos

momentos del ciclo.

Tal como es sabido y como bien afirman los autores, la ovulación se desencadena por acción del pico de LH, el cual está regulado por el pico de estrógenos. Una vez que se ha ovulado, la progesterona producida por el cuerpo lúteo inhibe la LH.

En la práctica de la enseñanza y aplicación de los métodos naturales, el fenómeno de las "olas" de maduración folicular explica la aparición de los "parches" de moco que presentan algunas mujeres con ciclos largos que han vivido algún tipo de estrés o se encuentran en algún momento especial de la vida reproductiva. Estas situaciones "obligan" a la utilización de algún otro indicador de fertilidad, preferentemente de la temperatura corporal basal, como complemento del signo del moco.

Asimismo, son llamativos los comentarios atribuidos por el diario *Clarín* al Dr. Pierson con relación a la efectividad de los métodos naturales, dado que en el artículo no se menciona a los mismos. Sólo al final de las conclusiones se hace una referencia a la utilidad que podría tener este descubrimiento de las "olas" en los tratamientos de infertilidad.

Los dichos remitidos al Dr. Pierson,

junto con el párrafo que asocia los métodos naturales a la Iglesia Católica, muestran una clara intención periodística de desvalorizar la alternativa natural de planificación familiar.

En tanto, cabe mencionar la coincidencia de la publicación de esta nota con un momento en que la temática de Procreación Responsable ocupa los espacios de los medios de comunicación y se discute en varias provincias las leyes de Salud Sexual. Por citar un ejemplo, el diario *El Tribuno* de Salta realizó un comentario de una página entera respecto del artículo del *Clarín*, el pasado 12 de julio de 2003. Al igual que el diario *Clarín*, este medio aprovechó la ocasión para realizar juicios negativos de los métodos naturales y estimular el uso de anti-conceptivos.

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

Director

Instituto de Bioética

Facultad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Pontificia Universidad Católica Argentina

Dra. Zelmira Bottini de Rey

Investigadora

Instituto de Bioética

Facultad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Pontificia Universidad Católica Argentina

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA: PARA UNA VISIÓN CRISTIANA

Comunicado Final

*IX Asamblea General de la Pontificia
Academia para la Vida*

(Vaticano, 13 de marzo de 2003)

*Versión original, en italiano, publica-
da en "L'Osservatore Romano" del
Jueves 13 de marzo, pág.7.*

1. Durante los días 24-26 de febrero, en el Vaticano, se llevó a cabo la IX Asamblea general de la Pontificia Academia para la Vida, este año dedicada a un tema de gran actualidad e impacto social: "La Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana".

Es un hecho evidente, particularmente en las últimas décadas, cómo el camino de la biomedicina ha experimentado un desarrollo extraordinario, sostenido también por el enorme desarrollo de la tecnología y de la informática, que ha amplificado enormemente la posibilidad de intervención sobre los seres vivos, en particular, sobre el hombre. Se han obtenido grandes conquistas, por ejemplo, en los campos de la genética, la biología molecular, así como en los campos de la transplanteología y de las neurociencias.

Entre los factores determinantes para tal desarrollo, la investigación biomédica seguramente constituye, hoy más que nunca, un instrumento privilegiado para acelerar los conocimientos en este sector de la medicina, como el Papa mismo ha subrayado en estos días: "Es un hecho reconocido por todos que los adelantos de la medicina en la curación de las enfermedades depende prioritariamente de los progresos de la

investigación" (JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la IX Asamblea General de la PAV*, n. 2 - publicado en "L'Osservatore Romano", edic. semanal española, viernes 7 de marzo de 2003, p. 7).

2. Cada nuevo descubrimiento en el campo de la biomedicina, en el contexto actual, parece más bien, destinado a producir efectos "en cascada", abriendo múltiples horizontes nuevos en orden a la posibilidad de diagnósticos y de tratamientos para tantas enfermedades hasta hoy todavía incurables.

Obviamente, la adquisición de una creciente posibilidad técnica de intervención sobre el hombre, sobre otros seres vivientes y sobre el ambiente, obteniendo siempre mayores efectos todavía más incisivos y duraderos, exige, por parte de los científicos y de toda la sociedad, la asunción de una responsabilidad tanto mayor cuanto más grande se demuestre la potencia de la intervención misma. De ello se deriva que las ciencias experimentales, y por tanto, la biomedicina, en cuanto "instrumento" en las manos del hombre, no se bastan a sí mismas, sino que necesitan ser orientadas a determinados fines y ser confrontadas con el mundo de los valores.

3. El protagonista de este proceso continuo de "orientación ética" es indiscutiblemente el hombre. El ser humano, inseparable unidad de cuerpo y alma, se caracteriza por su capacidad de elegir

libre y responsablemente el fin de sus acciones y los medios para alcanzarlo. Su ansia de búsqueda de la verdad, que pertenece a su misma naturaleza y a su particular vocación, encuentra una ayuda indispensable en la Verdad misma, que es Dios, el cual viene al encuentro del hombre, desvelando su rostro a través de lo creado, y más directamente, a través de la Revelación; así Él secunda y sostiene los esfuerzos de la razón humana, permitiéndole reconocer tantas "semillas de verdad" presentes en la realidad, y finalmente, de entrar en comunión con la Verdad misma que es Él.

En principio, por tanto, no existen límites éticos al conocimiento de la verdad, o sea ninguna "barrera" más allá de la cual el hombre no debería nunca acercarse con su esfuerzo cognoscitivo. Con sabiduría, el Santo Padre ha definido el hombre como "*aquél que busca la verdad*" (JP II, *Fides et Ratio*, n. 28); existen, en cambio, límites éticos precisos en el modo del actuar del hombre que busca tal verdad, porque "*lo que es técnicamente posible no es, por esa sola razón, moralmente admisible*" (CDF, *Donum Vitae*, n. 4). Por lo tanto, la dimensión ética del hombre, que él concretiza a través de los juicios de su conciencia moral, es lo que marca la bondad existencial de su vida.

4. En el empeño de buscar y reconocer la verdad objetiva en cada creatura, tienen una misión de particular relevancia

los científicos en el ámbito biomédico, los cuales están llamados a trabajar por el bienestar y la salud de los seres humanos ; por lo tanto, toda actividad de investigación en este campo debe tener siempre como fin último el bien integral del hombre, y, en los medios utilizados, debe respetar plenamente en cada individuo su inalienable dignidad de persona, el derecho a la vida y a la integridad física esencial. Contra cada acusación falsa o malentendido, queremos reafirmar, en comunión con el Papa Juan Pablo II, que: *"La Iglesia respeta y apoya la investigación científica, cuando tiene una orientación auténticamente humana, evitando toda forma de instrumentalización o destrucción del ser humano y manteniéndose libre de la esclavitud de los intereses políticos y económicos"* (JP II, *Discurso...*, n.4)

Desde ésta óptica, es necesario manifestar el mayor agradecimiento a los miles de médicos e investigadores de todo el mundo que, generosamente y con gran profesionalidad, cada día se dedican con todas sus fuerzas al servicio de los que sufren y a la curación de las enfermedades. El Papa ha recordado que : *"Todos los creyentes y no creyentes, debemos rendir homenaje y expresar nuestro sincero apoyo a este esfuerzo de la ciencia biomédica, que no sólo nos permite conocer mejor las maravillas del cuerpo humano, sino que también favorece un nivel digno de salud y de vida para las poblaciones*

del planeta" (JP II, *Discurso ...*, n.2).

5. Por las motivaciones antes mencionadas, con razón se puede y se debe, por tanto, hablar de "una ética de la investigación biomédica", que, de hecho, se ha desarrollado y articulado aún más en los últimos treinta años. A tal desarrollo, también la reflexión cristiana ha sabido dar su importante contribución, haciendo relucir algunas problemáticas nuevas, a la luz de su original visión antropológica. Históricamente, se pueden citar al menos dos temas como ejemplo de la atención ética de la comunidad cristiana en relación al mundo de la investigación biomédica: el llamamiento al respeto de la persona, cuando ella se convierte en sujeto de la investigación, especialmente en el caso de la experimentación no directamente terapéutica; el énfasis del estricto vínculo existente entre ciencia, sociedad e individuo, que se da en todo el proceso de la investigación.
6. En la elaboración de un itinerario de investigación biomédica que sea respetuoso del verdadero bien de la persona, es necesario, por tanto, hacer converger en sinergia las diversas disciplinas implicadas con una metodología integrativa, que tenga en cuenta la compleja unidad constitutiva del ser humano. Para tal fin, resulta apropiada la propuesta del denominado "método triangular" que se articula en tres momentos: la exposición de los datos biomédicos; la profundización del signifi-

cado antropológico y la individuación de los valores en juego que tal hecho comporta; la elaboración de las normas éticas que puedan guiar el comportamiento de los operadores, en la situación dada, según los significados y los valores precedentemente individuados.

7. Otro tema de gran relevancia, en el ámbito de la investigación biomédica, es, sin duda alguna, la experimentación, terapéutica o no, considerada desde la óptica de su aplicación en el hombre. Ello lleva consigo muchos aspectos y problemáticas, ya sea de orden científico o ético. Es una exigencia imprescindible, por ejemplo, asegurar un alto nivel de profesionalidad de los investigadores implicados en el diseño experimental, así como adoptar una metodología que sea rigurosa en la individuación y en la aplicación de criterios procedimentales. Además, es éticamente necesario que el experimentador, junto con sus colaboradores, mantenga una plena independencia personal y profesional respecto a eventuales intereses (económicos, ideológicos, políticos, etc.) extraños al fin de la investigación, al bien de los sujetos implicados y al auténtico progreso de la humanidad.
8. Además, hay que reafirmar la necesidad de hacer preceder la fase clínica experimental (de aplicación en el hombre) por una adecuada experimentación conducida sobre animales, que permita a los investigadores adquirir

previamente todos los conocimientos necesarios acerca de los posibles daños y riesgos que tal experimentación podría llevar consigo, con el fin de garantizar la seguridad de los sujetos humanos implicados. Naturalmente, también la experimentación sobre animales exige que sea realizada observando normas éticas precisas, que tutelen, en la mayor medida posible, el bienestar de los ejemplares utilizados.

9. También se debe dedicar especial atención en los protocolos de investigación a la implicación de sujetos humanos particularmente "vulnerables", a causa de sus condiciones vitales, como claramente se muestra de manera ejemplificadora en el embrión humano. Debido a su delicado estadio de desarrollo, de hecho, una eventual experimentación sobre él, comportaría, a la luz de las actuales posibilidades técnicas, riesgos muy elevados - y por tanto éticamente inaceptables - de causarle daños irreversibles e incluso la muerte.

También resulta del todo inaceptable la motivación aducida por parte de algunos acerca de la licitud de sacrificar la integridad (física y genética) de un sujeto humano en estadio embrional, hasta el punto de destruirlo si es necesario, con el fin de obtener beneficios para otros individuos humanos: nunca es moralmente lícito hacer intencionalmente un mal, ni siquiera para obtener fines en sí mismos buenos.

Además, hay que tener presente que el

- individuo humano en estadio embrional, aun mereciendo el respeto debido a cada persona humana, no es ciertamente, un sujeto que esté en condiciones de dar su consentimiento personal a intervenciones que lo expongan a grandes riesgos, sin tener una eficacia directamente terapéutica para él mismo; por tanto, cualquier intervención experimental sobre el embrión humano, que no esté orientada a conseguir beneficios directos para su salud, no puede ser considerado moralmente lícito.
10. El actual proceso de globalización progresiva que está afectando a todo el planeta, y cuyas consecuencias no siempre parecen ser positivas, nos impulsan a considerar la temática de la investigación biomédica también bajo el perfil de sus implicaciones sociales, políticas y económicas. Dada la creciente limitación de los recursos que pueden ser destinados al desarrollo de la investigación biomédica, es de hecho necesario hacer un gran esfuerzo para realizar una justa distribución de ellos entre los diversos países, teniendo en cuenta las condiciones de vida en las diversas áreas del mundo y las necesidades primarias emergentes en las poblaciones más pobres y probadas por las dificultades. Esto significa que a todos los países se les debe garantizar las condiciones y medios mínimos, ya sea para poder disfrutar de los beneficios derivados de la investigación misma, o para poder desarrollar y mantener una capacidad endógena de investigación.
11. A nivel legislativo se renueva la esperanza y la recomendación para que se llegue a una normativa internacional unificada en sus contenidos, que esté fundada sobre los valores inscritos en la naturaleza misma de la persona humana. De este modo, se superarían las actuales disparidades que, en muchos casos, hacen posibles abusos e instrumentalizaciones de los individuos y de poblaciones enteras.
12. Por último, reconociendo el enorme influjo que los medios de comunicación social tienen en la formación de la opinión pública y el papel importante que juegan en suscitar expectativas y deseos, más o menos fundados, en el público en general, aparece siempre más necesario que los agentes del sector, que eligen ocuparse del ámbito biomédico y, más en general, de la bioética, se formen cuidadosamente tanto en el campo científico como en el ético, para estar en condiciones de comunicar, con un lenguaje simple y sintético, la realidad de los hechos sin generar confusiones o distorsiones.
13. En conclusión, la Pontificia Academia para la Vida desea renovar, con gran entusiasmo y profundo sentido de responsabilidad, el propio compromiso y la propia dedicación a la causa de la vida, en sincera y respetuosa colaboración con todos aquellos que trabajan en el campo de la investigación biomédica, como el Papa mismo ha indicado en su

discurso a la PAV: *"En el ámbito de la investigación biomédica, la Academia para la vida puede constituir un punto de referencia y de iluminación no sólo para los investigadores católicos, sino también para cuantos deseen trabajar en este sector de la biomedicina para el bien verdadero de todo hombre."* (JP II, *Discurso ...*, n. 3). Su tarea específica sigue siendo la de poner a disposición de la Iglesia, de la sociedad en su conjunto

y de la comunidad científica en particular el propio servicio "estatutario" de estudio, formación e información, en el esfuerzo de individuar e indicar a la sociedad entera los valores arraigados en la dignidad de la persona humana y exigidos por la realización del verdadero bien de cada hombre y de todo el hombre, con el fin de deducir indicaciones éticas que puedan guiar a los operadores en su compromiso cotidiano.

PROPUESTA DE COMPROMISO ÉTICO PARA LOS INVESTIGADORES EN EL ÁMBITO BIOMÉDICO

NOTA INTRODUCTIVA

El siguiente "manifiesto" viene publicado como apéndice al comunicado final de la IX Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida. Éste representa un fruto concreto de los trabajos de las asambleas, este año dedicada al tema "Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana", que viene presentada como propuesta abierta a la cual adherirse libremente. La invitación para una adhesión personal es dirigida a todos los investigadores y los agentes de la investigación en el ámbito biomédico e incluso a los investigadores en el ámbito bioético.

La eventual adhesión personal, que presupone el acuerdo con los principios expuestos en el texto, puede ser comunicada a través de uno de los siguientes modos:

- por e-mail (dirigida a: pav@acdlife.va)
 - por fax (enviar al +39 06 69882014)
 - por correo ordinario (dirección: Pontificia Academia para la Vida, Via della Conciliazione 3, 00193 Roma - ITALIA)
- Cualquiera que sea la modalidad elegida, es obligatorio indicar las generales (nombre, apellido, dirección, teléfono, fax, e-mail), profesión y lugar de trabajo, títulos académicos o de estudios.

13 de marzo de 2003

PREMISA

El desarrollo alcanzado por la ciencia en las últimas décadas ha producido relevantes transformaciones culturales y sociales, modificando cualitativamente muchos aspectos de la existencia humana. El adelanto del progreso científico en diversos sectores, de hecho, ha suscitado grandes esperanzas de mejoramientos concretos para la vida y el futuro del hombre. Sin embargo, en algunos sectores de la investigación científica surgen problemas y/o dudas de naturaleza ética y religiosa, que han mostrado de modo inequívoco cuanto es necesario, en realidad, una constante confrontación/integración entre las ciencias experimentales, de un lado, y las ciencias humanas y la filosofía, del otro, en un horizonte más amplio, para que la adquisición de conocimientos siempre nuevos, tengan efectivamente como fin el verdadero bien de la persona humana.

La vida y la naturaleza del hombre se presentan como realidades demasiado complejas para poder ser examinadas de manera exhaustiva desde una única perspectiva; un enfoque multidisciplinar aparece, por tanto, indispensable para poder conocer siempre mejor al ser humano en su integralidad y ofrecer una aportación significativa al crecimiento de una ciencia que sea verdaderamente para el hombre.

Además, tal diálogo interdisciplinar, reconduciendo la atención sobre la centralidad de la persona humana, haría de una parte a los hombres de ciencia más conscientes de las implicaciones éticas de sus acciones, y empujaría por otra parte, a los cultivadores de la antropología filosófica y teológica a asumir un papel de colaboración dialógica y de soporte práctico en sus confrontaciones, en el común intento de incrementar los instrumentos cognoscitivos y aplicativos al servicio de la comunidad humana.

Desde tal perspectiva, la referencia a los valores humanos y, en definitiva, a una visión antropológica y ética, es por tanto un elemento imprescindible de poner como premisa para una investigación científica correcta, que sepa tener bien en cuenta la responsabilidad hacia sí mismo y hacia los demás.

Sin hacer referencia a la ética, de hecho, ciencia y tecnología pueden ser usados tanto para matar como para salvar vidas humanas, sea para manipular que para promover, sea para destruir que para construir. Es por tanto necesario que, mediante una gestión responsable, la investigación sea orientada hacia el verdadero bien común, un bien que trascienda cualquier interés meramente privado, superando los confines geográficos y culturales de las naciones, siempre teniendo la mirada hacia el bien de las generaciones futuras.

Para que la ciencia sea realmente puesta al servicio del hombre, es necesario que ella sepa ir "más allá de la materia", entreviendo en la dimensión corpórea del individuo la expresión de un bien espiritual mayor. Los científicos deben comprender el cuerpo humano como la dimensión tangible de una realidad personal unitaria, corpórea y espiritual al mismo tiempo. El alma espiritual del hombre si bien no tangible en sí misma, siempre constituye la raíz de su realidad existencial y tangible, de su relación con el resto del mundo y, como consecuencia, del valor peculiar e inalienable.

Sólo tal visión podrá hacer que la investigación científica sea efectivamente respetuosa de la persona humana, considerada en su compleja unidad corpóreo-espiritual, cada vez que ella se vuelve objeto de investigación, con una particular referencia a aquellos eventos que constituyen el inicio y el final de la vida humana individual.

Por ese motivo, emerge con fuerza la exigencia de ofrecer trayectorias formativas para los jóvenes investigadores, que pongan el acento no sólo en la preparación científica, sino también en la adquisición de nociones fundamentales de antropología y de ética; la expresión de tal trayectoria podría, después, cristalizarse en la elaboración de un verdadero y propio código deontológico para los investigadores, al cual cada investigador

pueda referirse de manera segura en su trabajo, y que representen juntos un signo de esperanza y de empeño para una medicina verdaderamente "humanizada", durante el nuevo milenio.

Una primera directriz del camino podría concernir propiamente las modalidades según las cuales el investigador debe comportarse y las normas a observar para dirigir la investigación hacia las finalidades ya expuestas. Tales indicaciones éticas, a las cuales elegimos adherirnos, deseamos proponerlas también a todos los demás agentes del mundo de la investigación biomédica; de alguna manera, ellas delimitan los rasgos principales de la "personalidad moral" del investigador.

COMPROMISO

- Me comprometo a adherirme a una metodología de investigación caracterizada por el rigor científico y por una alta calidad de la información que viene provista.

- No me adheriré a investigaciones en las cuales me podría encontrar en conflicto de intereses desde el punto de vista personal, profesional o económico.

- Reconozco que la ciencia y la tecnología deben estar al servicio de la persona humana, con el pleno respeto de su dignidad y de sus derechos.

- Reconozco y respeto cada tipo de investigación, y sus aplicaciones, que estén basados en el principio de "bondad

moral", referido a la correcta visión de la doble dimensión corporal y espiritual del hombre.

- Reconozco que a cada ser humano, desde el primer momento de su existencia (proceso de fertilización) y hasta su muerte natural, va garantizado el pleno e incondicionado respeto que es debido a cada persona humana, en razón de su peculiar dignidad.

- Reconozco la utilidad y la obligación de una seria y responsable experimentación sobre animales, conducida a la luz de determinadas reglas éticas, antes de aplicar al hombre nuevas metodologías diagnósticas y terapéuticas, a causa de mi deber de tutelar la vida y la salud humana. Reconozco también que el paso de la experimentación animal a la fase clínica experimental (en el hombre) debe ser realizado sólo cuando las evidencias adquiridas a través de la experimentación animal garanticen suficientemente la inocuidad o la aceptabilidad de los eventuales daños y riesgos que tales experimentaciones implicasen.

- Reconozco la legitimidad de la experimentación clínica sobre el hombre, pero sólo bajo condiciones precisas, entre las cuales en primer lugar está la salvaguardia de la vida y de la integridad física de los sujetos humanos sometidos a ella. Necesitará pues, que la experimentación sea siempre precedida de una debida, correcta y completa información sobre el significado y los desarrollos de la misma. Trataré a cada persona que se someta a

una experimentación como sujeto libre y responsable y nunca como mero medio para la consecución de otros fines. Nunca

aceptaré que una persona sea sometida a una experimentación sin que haya dado su libre consentimiento informado.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS PROYECTOS DE RECONOCIMIENTO LEGAL DE LAS UNIONES ENTRE PERSONAS HOMOSEXUALES

*Congregación para la Doctrina
de la Fe*

Vaticano, 31 de julio de 2003

INTRODUCCIÓN

1. Recientemente, el Santo Padre Juan Pablo II y los Dicasterios competentes de la Santa Sede [1] han tratado en distintas ocasiones cuestiones concernientes a la homosexualidad. Se trata, en efecto, de un fenómeno moral y social inquietante, incluso en aquellos Países donde no es relevante desde el punto de vista del ordenamiento jurídico. Pero se hace más preocupante en los Países en los que ya se ha concedido o se tiene la intención de conceder reconocimiento legal a las uniones homosexuales, que, en algunos casos, incluye también la habilitación para la adopción de hijos. Las presentes *Consideraciones* no contienen

[1] Cf. Juan Pablo II, Alocución con ocasión del rezo del *Angelus*, 20 de febrero de 1994 y 19 de junio de 1994; *Discurso a los participantes en la Asamblea Plenaria del Pontificio Consejo para la Familia*, 24 de marzo de 1999; *Catecismo de la Iglesia Católica*, nn. 2357-2359, 2396; Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración Persona humana*, 29 de diciembre de 1975, n. 8; *Carta sobre la atención pastoral a las personas homosexuales*, 1 de octubre de 1986; *Algunas consideraciones concernientes a la Respuesta a propuestas de ley sobre la no discriminación de las personas homosexuales*, 24 de julio de 1992; Pontificio Consejo para la Familia, *Carta a los Presidentes de las Conferencias Episcopales de Europa sobre la resolución del Parlamento Europeo en relación a las parejas de homosexuales*, 25 de marzo de 1994; *Familia, matrimonio y «uniones de hecho»*, 26 de julio de 2000, n. 23.

nuevos elementos doctrinales, sino que pretenden recordar los puntos esenciales inherentes al problema y presentar algunas argumentaciones de carácter racional, útiles para la elaboración de pronunciamientos más específicos por parte de los Obispos, según las situaciones particulares en las diferentes regiones del mundo, para proteger y promover la dignidad del matrimonio, fundamento de la familia, y la solidez de la sociedad, de la cual esta institución es parte constitutiva. Las presentes *Consideraciones* tienen también como fin iluminar la actividad de los políticos católicos, a quienes se indican las líneas de conducta coherentes con la conciencia cristiana para cuando se encuentren ante proyectos de ley concernientes a este problema [2]. Puesto que es una materia que atañe a la ley moral natural, las siguientes *Consideraciones* se proponen no solamente a los creyentes sino también a todas las personas comprometidas en la promoción y la defensa del bien común de la sociedad.

I. Naturaleza y características irrenunciables del matrimonio

2. La enseñanza de la Iglesia sobre el matrimonio y la complementariedad de los sexos repropone una verdad puesta en evidencia por la recta razón y reco-

nocida como tal por todas las grandes culturas del mundo. El matrimonio no es una unión cualquiera entre personas humanas. Ha sido fundado por el Creador, que lo ha dotado de una naturaleza propia, propiedades esenciales y finalidades [3]. Ninguna ideología puede cancelar del espíritu humano la certeza de que el matrimonio en realidad existe únicamente entre dos personas de sexo opuesto, que por medio de la recíproca donación personal, propia y exclusiva de ellos, tienden a la comunión de sus personas. Así se perfeccionan mutuamente para colaborar con Dios en la generación y educación de nuevas vidas.

3. La verdad natural sobre el matrimonio ha sido confirmada por la Revelación contenida en las narraciones bíblicas de la creación, expresión también de la sabiduría humana originaria, en la que se deja escuchar la voz de la naturaleza misma. Según el libro del Génesis, tres son los datos fundamentales del designo del Creador sobre el matrimonio.

En primer lugar, el hombre, imagen de Dios, ha sido creado «varón y hembra» (Gn 1, 27). El hombre y la mujer son iguales en cuanto personas y complementarios en cuanto varón y hembra. Por un lado, la sexualidad forma parte de

[2] Cf. *Congregación para la Doctrina de la Fe, Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política*, 24 de noviembre de 2002, n. 4.

[3] Cf. Concilio Vaticano II, Constitución pastoral *Gaudium et spes*, n. 48.

la esfera biológica y, por el otro, ha sido elevada en la criatura humana a un nuevo nivel, personal, donde se unen cuerpo y espíritu.

El matrimonio, además, ha sido instituido por el Creador como una forma de vida en la que se realiza aquella comunión de personas que implica el ejercicio de la facultad sexual. «Por eso dejará el hombre a su padre y a su madre y se unirá a su mujer, y se harán una sola carne» (*Gn 2, 24*).

En fin, Dios ha querido donar a la unión del hombre y la mujer una participación especial en su obra creadora. Por eso ha bendecido al hombre y la mujer con las palabras: «Sed fecundos y multiplicaos» (*Gn 1, 28*). En el designio del Creador complementariedad de los sexos y fecundidad pertenecen, por lo tanto, a la naturaleza misma de la institución del matrimonio.

Además, la unión matrimonial entre el hombre y la mujer ha sido elevada por Cristo a la dignidad de sacramento. La Iglesia enseña que el matrimonio cristiano es signo eficaz de la alianza entre Cristo y la Iglesia (cf. *Ef 5, 32*). Este significado cristiano del matrimonio, lejos de disminuir el valor profundamente huma-

no de la unión matrimonial entre el hombre la mujer, lo confirma y refuerza (cf. *Mt 19, 3-12; Mc 10, 6-9*).

4. No existe ningún fundamento para asimilar o establecer analogías, ni siquiera remotas, entre las uniones homosexuales y el designio de Dios sobre el matrimonio y la familia. El matrimonio es santo, mientras que las relaciones homosexuales contrastan con la ley moral natural. Los actos homosexuales, en efecto, «cierran el acto sexual al don de la vida. No proceden de una verdadera complementariedad afectiva y sexual. No pueden recibir aprobación en ningún caso» [4].

En la Sagrada Escritura las relaciones homosexuales «están condenadas como graves depravaciones... (cf. *Rm 1, 24-27; 1 Cor 6, 10; 1 Tim 1, 10*). Este juicio de la Escritura no permite concluir que todos los que padecen esta anomalía sean personalmente responsables de ella; pero atestigua que los actos homosexuales son intrínsecamente desordenados» [5]. El mismo juicio moral se encuentra en muchos escritores eclesiásticos de los primeros siglos [6], y ha sido unánimemente aceptado por la Tradición católica.

Sin embargo, según la enseñanza de la Iglesia, los hombres y mujeres con

[4] *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2357.

[5] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración *Persona humana*, 29 de diciembre de 1975, n. 8.

[6] Cf. por ejemplo S. Policarpo, *Carta a los Filipenses*, V, 3; S. Justino, *Primera Apología*, 27, 1-4; Atenágoras, *Súplica por los cristianos*, 34.

tendencias homosexuales «deben ser acogidos con respeto, compasión y delicadeza. Se evitará, respecto a ellos, todo signo de discriminación injusta» [7]. Tales personas están llamadas, como los demás cristianos, a vivir la castidad [8]. Pero la inclinación homosexual es «objetivamente desordenada» [9], y las prácticas homosexuales «son pecados gravemente contrarios a la castidad» [10].

II. Actitudes ante el problema de las uniones homosexuales

5. Con respecto al fenómeno actual de las uniones homosexuales, las autoridades civiles asumen actitudes diferentes: A veces se limitan a la tolerancia del fenómeno; en otras ocasiones promueven el reconocimiento legal de tales uniones, con el pretexto de evitar, en relación a algunos derechos, la discriminación de quien convive con una persona del mismo sexo; en algunos casos favorecen incluso la equivalencia legal de las uniones homosexuales al matrimonio propiamente dicho, sin excluir el reconocimiento de la capacidad jurídica a la adopción de hijos.

Allí donde el Estado asume una

actitud de tolerancia de hecho, sin implicar la existencia de una ley que explícitamente conceda un reconocimiento legal a tales formas de vida, es necesario discernir correctamente los diversos aspectos del problema. La conciencia moral exige ser testigo, en toda ocasión, de la verdad moral integral, a la cual se oponen tanto la aprobación de las relaciones homosexuales como la injusta discriminación de las personas homosexuales. Por eso, es útil hacer intervenciones discretas y prudentes, cuyo contenido podría ser, por ejemplo, el siguiente: Desemascarar el uso instrumental o ideológico que se puede hacer de esa tolerancia; afirmar claramente el carácter inmoral de este tipo de uniones; recordar al Estado la necesidad de contener el fenómeno dentro de límites que no pongan en peligro el tejido de la moralidad pública y, sobre todo, que no expongan a las nuevas generaciones a una concepción errónea de la sexualidad y del matrimonio, que las dejaría indefensas y contribuiría, además, a la difusión del fenómeno mismo. A quienes, a partir de esta tolerancia, quieren proceder a la legitimación de derechos específicos para las personas homosexuales conviventes, es necesario recordar que la tolerancia del mal es muy

[7] *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2358; *Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta sobre la atención pastoral a las personas homosexuales*, 1 de octubre de 1986, n. 12.

[8] Cf. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2359; *Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta sobre la atención pastoral a las personas homosexuales*, 1 de octubre de 1986, n. 12.

[9] *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2358.

[10] Cf. *Ibid.*, n. 2396.

diferente a su aprobación o legalización.

Ante el reconocimiento legal de las uniones homosexuales, o la equiparación legal de éstas al matrimonio con acceso a los derechos propios del mismo, es necesario oponerse en forma clara e incisiva. Hay que abstenerse de cualquier tipo de cooperación formal a la promulgación o aplicación de leyes tan gravemente injustas, y asimismo, en cuanto sea posible, de la cooperación material en el plano aplicativo. En esta materia cada cual puede reivindicar el derecho a la objeción de conciencia.

III. Argumentaciones racionales contra el reconocimiento legal de las uniones homosexuales

6. La comprensión de los motivos que inspiran la necesidad de oponerse a las instancias que buscan la legalización de las uniones homosexuales requiere algunas consideraciones éticas específicas, que son de diferentes órdenes.

De orden racional

La función de la ley civil es ciertamente más limitada que la de la ley moral [11], pero aquélla no puede entrar en contradicción con la recta razón sin per-

der la fuerza de obligar en conciencia [12]. Toda ley propuesta por los hombres tiene razón de ley en cuanto es conforme con la ley moral natural, reconocida por la recta razón, y respeta los derechos inalienables de cada persona [13]. Las legislaciones favorables a las uniones homosexuales son contrarias a la recta razón porque confieren garantías jurídicas análogas a las de la institución matrimonial a la unión entre personas del mismo sexo. Considerando los valores en juego, el Estado no puede legalizar estas uniones sin faltar al deber de promover y tutelar una institución esencial para el bien común como es el matrimonio.

Se podría preguntar cómo puede contrariar al bien común una ley que no impone ningún comportamiento en particular, sino que se limita a hacer legal una realidad de hecho que no implica, aparentemente, una injusticia hacia nadie. En este sentido es necesario reflexionar ante todo sobre la diferencia entre comportamiento homosexual como fenómeno privado y el mismo como comportamiento público, legalmente previsto, aprobado y convertido en una de las instituciones del ordenamiento jurídico. El segundo fenómeno no sólo es más grave sino también de alcance más vasto y profundo, pues podría comportar mo-

[11] Cf. Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, 25 de marzo de 1995, n. 71.

[12] Cf. *ibid.*, n. 72.

[13] Cf. Sto. Tomás de Aquino, *Summa Theologiæ*, I-II, p. 95, a. 2.

dificaciones contrarias al bien común de toda la organización social. Las leyes civiles son principios estructurantes de la vida del hombre en sociedad, para bien o para mal. Ellas «desempeñan un papel muy importante y a veces determinante en la promoción de una mentalidad y de unas costumbres» [14]. Las formas de vida y los modelos en ellas expresados no solamente configuran externamente la vida social, sino que tienden a modificar en las nuevas generaciones la comprensión y la valoración de los comportamientos. La legalización de las uniones homosexuales estaría destinada por lo tanto a causar el obscurecimiento de la percepción de algunos valores morales fundamentales y la desvalorización de la institución matrimonial.

De orden biológico y antropológico

7. En las uniones homosexuales están completamente ausentes los elementos biológicos y antropológicos del matrimonio y de la familia que podrían fundar razonablemente el reconocimiento legal de tales uniones. Éstas no están en condiciones de asegurar adecuadamente la procreación y la supervivencia de la especie humana. El recurrir eventualmente a los medios puestos a disposición por los recientes descubrimientos en el campo de la fecundación artificial, además de impli-

car graves faltas de respeto a la dignidad humana [15], no cambiaría en absoluto su carácter inadecuado.

En las uniones homosexuales está además completamente ausente la dimensión conyugal, que representa la forma humana y ordenada de las relaciones sexuales. Éstas, en efecto, son humanas cuando y en cuanto expresan y promueven la ayuda mutua de los sexos en el matrimonio y quedan abiertas a la transmisión de la vida.

Como demuestra la experiencia, la ausencia de la bipolaridad sexual crea obstáculos al desarrollo normal de los niños eventualmente integrados en estas uniones. A éstos les falta la experiencia de la maternidad o de la paternidad. La integración de niños en las uniones homosexuales a través de la adopción significa someterlos de hecho a violencias de distintos órdenes, aprovechándose de la débil condición de los pequeños, para introducirlos en ambientes que no favorecen su pleno desarrollo humano. Ciertamente tal práctica sería gravemente inmoral y se pondría en abierta contradicción con el principio, reconocido también por la Convención Internacional de la ONU sobre los Derechos del Niño, según el cual el interés superior que en todo caso hay que proteger es el del infan-

[14] Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, 25 de marzo de 1995, n. 90.

[15] Congregación para la Doctrina de la Fe, Instrucción *Donum vitae*, 22 de febrero de 1987, II. A. 1-3.

te, la parte más débil e indefensa.

De orden social

8. La sociedad debe su supervivencia a la familia fundada sobre el matrimonio. La consecuencia inevitable del reconocimiento legal de las uniones homosexuales es la redefinición del matrimonio, que se convierte en una institución que, en su esencia legalmente reconocida, pierde la referencia esencial a los factores ligados a la heterosexualidad, tales como la tarea procreativa y educativa. Si desde el punto de vista legal, el casamiento entre dos personas de sexo diferente fuese sólo considerado como uno de los matrimonios posibles, el concepto de matrimonio sufriría un cambio radical, con grave detrimento del bien común. Poniendo la unión homosexual en un plano jurídico análogo al del matrimonio o la familia, el Estado actúa arbitrariamente y entra en contradicción con sus propios deberes.

Para sostener la legalización de las uniones homosexuales no puede invocarse el principio del respeto y la no discriminación de las personas. Distinguir entre personas o negarle a alguien un reconocimiento legal o un servicio social es efectivamente inaceptable sólo si se opone a la justicia [16]. No atribuir el estatus social y jurídico de matrimonio a

formas de vida que no son ni pueden ser matrimoniales no se opone a la justicia, sino que, por el contrario, es requerido por ésta.

Tampoco el principio de la justa autonomía personal puede ser razonablemente invocado. Una cosa es que cada ciudadano pueda desarrollar libremente actividades de su interés y que tales actividades entren genéricamente en los derechos civiles comunes de libertad, y otra muy diferente es que actividades que no representan una contribución significativa o positiva para el desarrollo de la persona y de la sociedad puedan recibir del Estado un reconocimiento legal específico y cualificado. Las uniones homosexuales no cumplen ni siquiera en sentido analógico remoto las tareas por las cuales el matrimonio y la familia merecen un reconocimiento específico y cualificado. Por el contrario, hay suficientes razones para afirmar que tales uniones son nocivas para el recto desarrollo de la sociedad humana, sobre todo si aumentase su incidencia efectiva en el tejido social.

De orden jurídico

9. Dado que las parejas matrimoniales cumplen el papel de garantizar el orden de la procreación y son por lo tanto de eminente interés público, el dere-

[16] Cf. Sto. Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, II-II, p. 63, a.1, c.

cho civil les confiere un reconocimiento institucional. Las uniones homosexuales, por el contrario, no exigen una específica atención por parte del ordenamiento jurídico, porque no cumplen dicho papel para el bien común.

Es falso el argumento según el cual la legalización de las uniones homosexuales sería necesaria para evitar que los convivientes, por el simple hecho de su convivencia homosexual, pierdan el efectivo reconocimiento de los derechos comunes que tienen en cuanto personas y ciudadanos. En realidad, como todos los ciudadanos, también ellos, gracias a su autonomía privada, pueden siempre recurrir al derecho común para obtener la tutela de situaciones jurídicas de interés recíproco. Por el contrario, constituye una grave injusticia sacrificar el bien común y el derecho de la familia con el fin de obtener bienes que pueden y deben ser garantizados por vías que no dañen a la generalidad del cuerpo social [17].

IV. Comportamiento de los políticos católicos ante legislaciones favorables a las uniones homosexuales

10. Si todos los fieles están obligados a oponerse al reconocimiento legal

de las uniones homosexuales, los políticos católicos lo están en modo especial, según la responsabilidad que les es propia. Ante proyectos de ley a favor de las uniones homosexuales se deben tener en cuenta las siguientes indicaciones éticas.

En el caso de que en una Asamblea legislativa se proponga por primera vez un proyecto de ley a favor de la legalización de las uniones homosexuales, el parlamentario católico tiene el deber moral de expresar clara y públicamente su desacuerdo y votar contra el proyecto de ley. Conceder el sufragio del propio voto a un texto legislativo tan nocivo del bien común de la sociedad es un acto gravemente inmoral.

En caso de que el parlamentario católico se encuentre en presencia de una ley ya en vigor favorable a las uniones homosexuales, debe oponerse a ella por los medios que le sean posibles, dejando pública constancia de su desacuerdo; se trata de cumplir con el deber de dar testimonio de la verdad. Si no fuese posible abrogar completamente una ley de este tipo, el parlamentario católico, recordando las indicaciones dadas en la Encíclica *Evangelium Vitæ*, «puede lícitamente ofrecer su apoyo a propuestas en-

[17] No hay que olvidar que subsiste siempre «el peligro de que una legislación que haga de la homosexualidad una base para poseer derechos pueda estimular de hecho a una persona con tendencia homosexual a declarar su homosexualidad, o incluso a buscar un partner con el objeto de aprovecharse de las disposiciones de la ley» (Congregación para la Doctrina de la Fe, *Algunas consideraciones concernientes a la Respuesta a propuestas de ley sobre la no discriminación de las personas homosexuales*, 24 de julio de 1992, n. 14).

caminadas a limitar los daños de esa ley y disminuir así los efectos negativos en el ámbito de la cultura y de la moralidad pública», con la condición de que sea «clara y notoria a todos» su «personal absoluta oposición» a leyes semejantes y se haya evitado el peligro de escándalo [18]. Eso no significa que en esta materia una ley más restrictiva pueda ser considerada como una ley justa o siquiera aceptable; se trata de una tentativa legítima, impulsada por el deber moral, de abrogar al menos parcialmente una ley injusta cuando la abrogación total no es por el momento posible.

CONCLUSIÓN

11. La Iglesia enseña que el respeto hacia las personas homosexuales no puede en modo alguno llevar a la aprobación del comportamiento homosexual ni a la legalización de las uniones homosexuales. El bien común exige que las leyes reconozcan, favorezcan y protejan la unión matrimonial como base de la familia, célula primaria de la sociedad. Reconocer legalmente las uniones homosexuales o equipararlas al matrimonio, sig-

nificaría no solamente aprobar un comportamiento desviado y convertirlo en un modelo para la sociedad actual, sino también ofuscar valores fundamentales que pertenecen al patrimonio común de la humanidad. La Iglesia no puede dejar de defender tales valores, para el bien de los hombres y de toda la sociedad.

El Sumo Pontífice Juan Pablo II, en la audiencia concedida al Prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 28 de marzo de 2003, ha aprobado las presentes Consideraciones, decididas en la Sesión Ordinaria de la misma, y ha ordenado su publicación.

Dado en Roma, en la sede de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 3 de junio de 2003, memoria de San Carlos Lwanga y Compañeros, mártires.

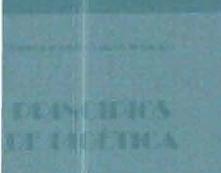
Joseph Card. Ratzinger
Prefecto

Angelo Amato, S.D.B.
Arzobispo titular de Sila
Secretario

[18] Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, 25 de marzo de 1995, n. 73.



PUBLICACIONES DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA



LA VIDA
FRÁGIL

JOSÉ LUIS DEL MARCA

¿QUÉ ES LA VIDA?

EN EL

CATECISMO
DE LA IGLESIA
CATÓLICA

TEXTOS Y COMENTARIO

Fundación Alberto J. Rossmo

Principios
de Bioética



Pontificia Academia de la Vida
Academia de Ética Biomédica

Jornada
por la Vida

Actas del Simposio Internacional
celebrado en Buenos Aires, el 2
y el 3 de septiembre de 1990

Buenos Aires
1990

ANGELO SCOLA

LA BIOÉTICA
COMO PRÁXIS

ANGELO SCOLA

¿QUÉ ES LA VIDA?



PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

Autores

Domingo M. Basso

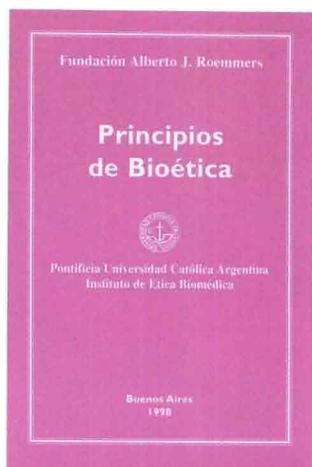
Hugo O. M. Obiglio.

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.



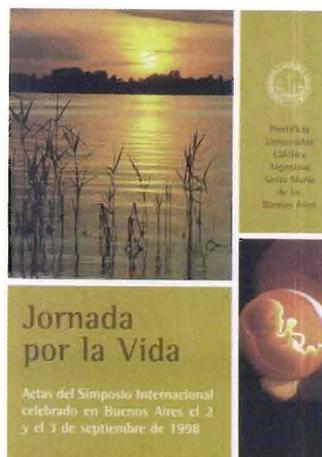


PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

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

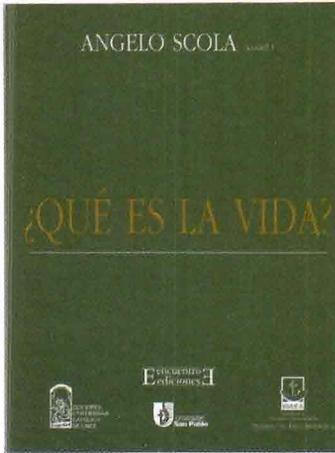


JORNADA POR LA VIDA

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.



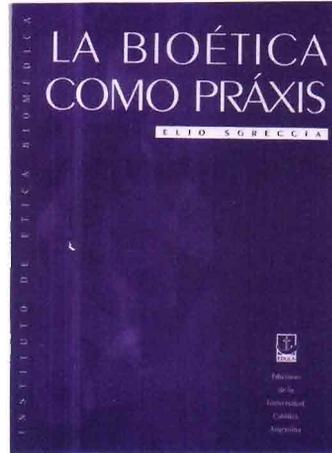
¿QUÉ ES LA VIDA?

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.



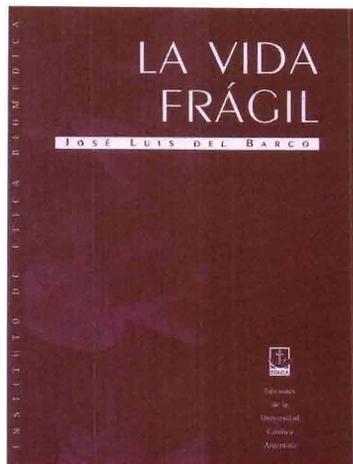
LA BIOÉTICA COMO PRAXIS

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



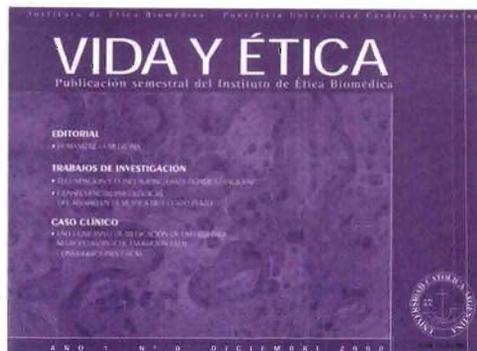
LA VIDA FRÁGIL

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".

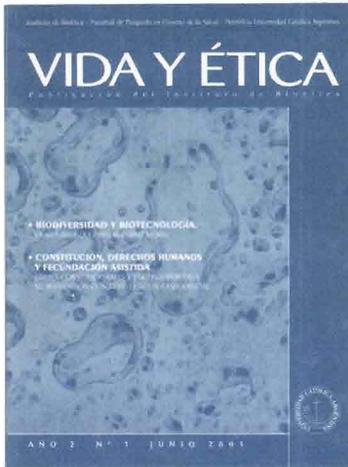
Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000.
Págs. 203



REVISTA vida y Ética

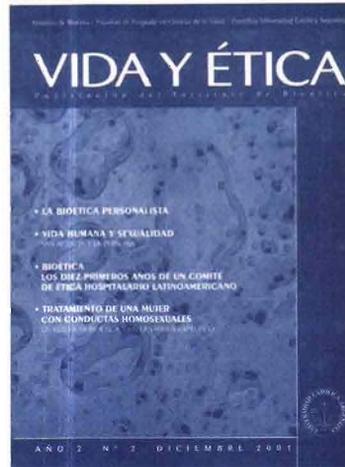
Año 1 / Nro. 0 / DICIEMBRE 2000

- . Humanizar la medicina
- . Fecundación y concepción: ¿hasta donde coinciden?
- . Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo
- . Uso compasivo de medicación de enfermedad neuropediátrica de evolución fatal: consideraciones éticas



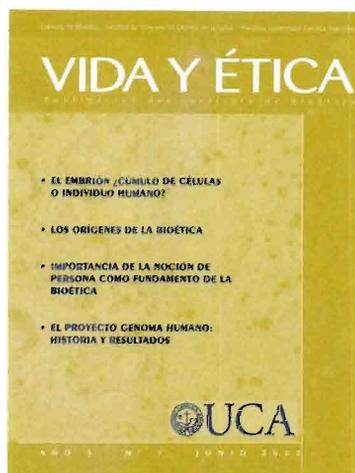
REVISTA vida y Ética
AÑO 2 / NRO 1 / Julio 2001

- . Biodiversidad y biotecnología
 La naturaleza como recurso moral
- . Constitución, derechos humanos y fecundación asistida.
 Límites constitucionales y éticos jurídicos a su regulación con motivo de un caso judicial



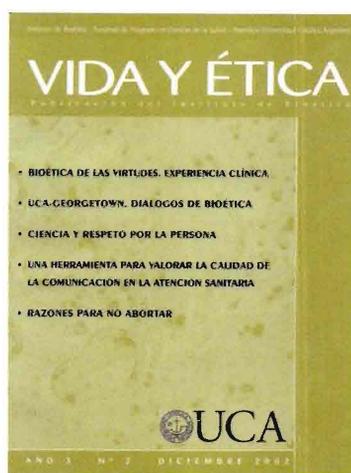
REVISTA vida y Ética
AÑO 2 / NRO 2 / Diciembre 2001

- . La bioética personalista
- . Vida humana y sexualidad. San Agustín y la persona
- . Bioética. los diez primeros años de un comité de ética hospitalario latinoamericano
- . Tratamiento de una mujer con conductas homosexuales. Un reto a la bioética y un desafío terapéutico
- . La píldora del día después. Consideraciones antropológicas y éticas
- . Clonación. Una mirada desde la ética y el derecho
- . Células estaminales y clonación terapéutica
- . Importancia de la familia para el potencial demográfico de las naciones en un mundo globalizado
- . *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
- . Discurso de Juan Pablo II a los participantes en la VII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Para que tengan vida y la tengan en abundancia. Mensaje de Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del Enfermo
- . Ley de salud reproductiva: diálogo con diputados y senadores



REVISTA vida y Ética
AÑO 3 / NRO 1 / JUNIO 2002

- . El embrión humano: ¿cúmulo de células o individuo humano?
- . Los orígenes de la bioética
- . Importancia de la noción de persona como fundamento de la bioética
- . El Proyecto genoma humano. Historia y resultados
- . La Naturaleza del Amor Conyugal y su relación con la dignidad de la vida humana en el pensamiento de Juan Pablo II
- . Anencefálicos y autorización a inducir un parto. A propósito de un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina
- . Anencefalia: un problema actual.
- . El síndrome de inmuta deficiencia adquirida (SIDA) y secreto médico.
- . Discurso de Juan Pablo II a la Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Naturaleza y dignidad de la Persona Humana como fundamento del derecho a la vida: desafíos del contexto cultural contemporáneo
- . Haced que la voz de la Santa Sede llegue a los "aerópagos" de la cultura moderna. Mensaje de Su Santidad Juan Pablo II al Cardenal Paul Poupard
- . Intervención de S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán en la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud
- . Identidad y estatuto del embrión humano
- . La salud reproductiva de los refugiados. Mensaje de los Pontificios Consejos para la Pastoral de la Salud, para la Pastoral de los Migrantes e Itinerantes y para la Familia, dirigido a las Conferencias Episcopales
- . Día nacional de la santidad de la vida humana 2002. Proclamación.
- . La píldora del día después es abortiva. Dictamen del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina



REVISTA vida y Ética
AÑO 3 / NRO 2 / DICIEMBRE 2002

- . Bioética de las virtudes. Experiencia clínica
- . UCA - Georgetown: Diálogos de Bioética
- . Ciencia y respeto por la persona
- . Una herramienta para valorar la calidad de la comunicación en la atención sanitaria
- . Razones para no abortar
- . Bioética: el camino de la ética médica en el nuevo milenio
- . Proyecto genoma humano y bioética (II)
- . Muerte y eutanasia
- . Eutanasia
- . El comienzo de la persona humana en Vélez Sarsfield
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la Conferencia Internacional sobre Globalización y Educación Católica Superior
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la XVII Conferencia Internacional sobre la Pastoral de la Salud
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de la Asamblea Plenaria de la Academia de Ciencias
- . Intervención de la delegación de la Santa Sede en la Comisión Especial de la 57ª Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Clonación de Embriones Humanos
- . Intervención de S.E.R. Mons. Renato R. Martino en el tercer Comité de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre envejecimiento
- . Sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los Católicos en la vida política
- . Nota doctrinal de la Congregación para la Doctrina de la Fe
- . Ley de Uniones Civiles de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PARA ADQUIRIR CUALQUIERA 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



NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

El Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina cuenta con una biblioteca especializada de alrededor de 2000 volúmenes y recibe 20 publicaciones periódicas de bioética.

Durante el año, se han sumado a nuestro fondo bibliográfico las publicaciones que citamos en esta sección.

■ VOLVER AL TABLERO DE DIBUJO

El futuro del movimiento pro-vida
(Versión en inglés)

Editora: Teresa R. Wagner
St. Augustine's Press, South Bend,
Indiana, 2003.

■ DIÁLOGO POLÍTICO

Bioética y Biotecnología

Publicación trimestral de la Konrad-
Adenaver-Stiftung A.C. (Buenos
Aires, Argentina)
Nº 1 - 2003

■ BIOÉTICA: PODER E INJUSTICIA

(Versión en portugués)

Coordinadores: Volnei Garrafa-Leo Pessini
Centro Universitario San Camilo,
Ediciones Loyola y Sociedad Brasileira
de Bioética.
San Pablo (Brasil), 2003.

■ **BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA**

(Versión en portugués)

Coordinadores: Paulo Antonio de Carvalho Fortes – Elma Lurdes Campos Pavone Zoboli.
Centro Universitario San Camilo y Ediciones Loyola.
San Pablo (Brasil), 2003.

■ **TRANSGÉNICOS: UN DESTINO TECNOLÓGICO PARA AMÉRICA LATINA**

Editora: María Luisa Pfeiffer
Ediciones Suárez.
Mar del Plata (Argentina), 2002.

■ **DETRÁS DE LA NUEVA MORALIDAD**

LAS RESPONSABILIDADES DE LA LIBERTAD

(Versión en inglés)

Autores: Germain Grisez – Russell Shaw
University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana, 3º edición, 2002.

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 \$ 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 2003

(2 ejemplares):

Argentina, \$ 50

América Latina, U\$S 22

EE.UU. - Europa - Otros, U\$S 25

VALOR DE EJEMPLARES

SUELTOS:

Argentina, \$ 27

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

