

Acta Bioethica
(Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS)
Año XIII – N° 2 - 2007
ISSN 0717 - 5906

Director
Fernando Lolas Stepke

Editor
Álvaro Quezada Sepúlveda

Editor Invitado
Eduardo Rodríguez Yunta

Revisión
Marta Glukman Salita

Diagramación
Fabiola Hurtado Céspedes

Publicaciones
Francisco León Correa

Consejo Asesor Internacional

Gabriel D' Empaire Yáñez
Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas,
Caracas, Venezuela.

Florencia Luna
Investigadora Adjunta de CONICET, Coordinadora del
Programa de Bioética, FLACSO, Argentina.

José Geraldo De Freitas Drumond
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
(FAPEMIG), Brasil.

Alfonso Llano Escobar, S.J.
Director del Instituto de Bioética CENALBE,
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

José Eduardo De Siqueira
Vicepresidente de la Sociedad Brasileña de Bioética, Londrina,
Brasil.

Roberto Llanos Zuloaga
Presidente de la Asociación Peruana de Bioética. Presidente del
Comité de Salud Mental de la Academia Peruana de Salud, Lima,
Perú.

James F. Drane
Russel B. Roth Professor of Clinical Bioethics, Edinboro
University of Pennsylvania, U.S.A.

José Alberto Mainetti Campoamor
Director del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación
Dr. José María Mainetti, La Plata, Argentina.

Ana Escribár Wicks
Profesora de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad
de Chile.

Delia Outomuro
Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Sandra Maritza Fábregas Troche
Profesora de la Facultad de Farmacia, Universidad de Puerto
Rico, San Juan, Puerto Rico.

Alberto Perales Cabrera
Director del Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Gonzalo Figueroa Yáñez
Director de Investigaciones, Fundación Fernando Fuego Laneri,
Chile.

Leo Pessini
Vicerrector del Centro Universitario São Camilo, São Paulo, Brasil.

Marta Fracapani Cuenca de Cuitiño
Profesora Asociada Área de Pediatría, Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

María Angélica Sotomayor Saavedra
Asesora Jurídica de la Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Guillermo Hoyos Vásquez
Director del Centro de Estudios Sociales y Culturales PENSAR,
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Leonides Santos y Vargas
Director del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética
"Eugenio María de Hostos".
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

La revista *Acta Bioethica* es publicada semestralmente por el *Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.*

Avenida Providencia 1017, Piso 7, Providencia. Casilla 61-T, Santiago, Chile.

Teléfono: (56-2) 236-0330. Fax: (56-2) 346-7219.

<http://www.paho.org/spanish/bio/home.htm>

bioetica@chi.ops-oms.org

Los artículos son de responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Andros Impresores
Hecho en Chile / Printed in Chile

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación

- La salud reproductiva, el comportamiento sexual y la bioética
Fernando Lolas Stepke 159

Originales

- El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida
Francisco J. León Correa 161

- La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva
Gabriel Jaime Montoya Montoya 168

- El consejo genético desde una perspectiva bioética personalista
Alejandra Gajardo Ugás 176

- Esterilización quirúrgica humana y legislación argentina: aspectos biomédicos, jurídicos y éticos
Sergio Cecchetto, Patricia Urbandt y María Carla Bostiancic 181

- Derechos individuales y deberes de Estado. Consideraciones bioéticas en torno al debate sobre la anticoncepción de emergencia en Chile
Raúl Villarroel Soto 190

- Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos
Lidia Casas Becerra y Claudia Dides Castillo 199

- Derechos sexuales y reproductivos: confidencialidad y VIH/SIDA en adolescentes chilenos
Ester Valenzuela Rivera y Lidia Casas Becerra 207

- Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica
Claudia Dides Castillo y María Soledad Pérez Moscoso 216

Interfaces

- Deterioro genómico y manipulación genética. Desequilibrio en la prioridad de las agendas públicas
Elio A. Prieto González 223

Valores o valoraciones. Aportes de la antropología a la investigación en bioética <i>Nelson Eduardo Álvarez Licona</i>	232
Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile <i>Alejandra Zúñiga Fajuri</i>	237
El posicionamiento de los medios de comunicación entre la comunidad médica especializada en estudios genéticos <i>Delia Outomuro, Lorena Mariel Mirabile y Natalia Cosmai</i>	246
Recensiones	255
Publicaciones	259
Tabla de contenidos del número anterior	261

LA SALUD REPRODUCTIVA, EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y LA BIOÉTICA

Probablemente, pocos temas concitan mayor grado de antagonismo que el de la salud reproductiva humana. El concepto cubre ciertamente muchos aspectos, desde los vinculados al comportamiento sexual hasta los deberes de padres hacia hijos, de hijos a padres, pasando por el muy complejo tema de la esterilidad, la reproducción asistida y la permanente utopía de crear seres humanos artificiales.

Este número de *Acta Bioethica* recoge artículos que, directa o indirectamente, abordan esta temática. Entre ellos se encuentran aportaciones sobre el uso del diálogo bioético, la ética del cuidado, el consejo genético, la esterilización quirúrgica y los derechos y deberes de las personas. Los autores abordan la temática desde perspectivas diversas y el conjunto ofrece una exposición razonable y razonada de algunos puntos de vista que no deben ignorarse en el debate bioético.

Es probable que la disociación entre placer sexual y reproducción sea uno de los cambios socioculturales más profundos que el siglo XX y la investigación biomédica legaron a la humanidad. El discurso de un sector del movimiento feminista destacó la mayor libertad que significó la anticoncepción química, al hacer a las mujeres más dueñas de su cuerpo y controlar el embarazo. La relativa uniformidad de los debates sobre la cuestión religiosa y la necesidad de armonizar creencias y directrices eclesiales con políticas públicas susceptibles de aplicación masiva han sido siempre puntos contenciosos en las discusiones. La aparición del problema VIH/SIDA marcó un vuelco en la forma de comportarse de las personas, en su acceso a la salud y en la necesidad de vincular investigación biológica con indagaciones socioculturales.

De muchos de estos temas hay contribuciones que sobrepasan el ámbito de las incluidas en este número. Tómese la selección aquí presentada como una muestra de los estudios que la bioética puede inspirar, precisamente en aquellos ámbitos en que presenta interfaces y puntos de contacto con otras formas de pensamiento disciplinar.

En la miscelánea sección de *Interfaces* presentamos en esta ocasión cuatro estudios que los pares evaluadores juzgaron apropiados para nuestra revista. El número de trabajos que reciben los editores se ha incrementado de manera notable en los últimos meses. Resultado, probablemente, de la inclusión de *Acta Bioethica* en la base SciELO, que permite acceso libre en línea a todos los artículos. Nuestra evaluación de cada trabajo se extiende, por lo tanto, al seguimiento de las veces que ha sido consultado y de su impacto en otras publicaciones. Recientemente, una publicación de UNESCO señala a la revista como importante fuente de información e intercambio en el plano internacional, al mismo tiempo que destaca la contribución que el Programa de Bioética OPS/OMS hace a la difusión y la deliberación.

Como es habitual, incluimos además reseñas y comentarios de libros relevantes. Esta sección también está abierta para recibir publicaciones que se desee divulgar o comentarios de textos que por su naturaleza sean de difícil acceso y merezcan difusión.

Fernando Lolas Stepke

EL DIÁLOGO BIOÉTICO EN LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Francisco J. León Correa*

Resumen: En las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se enfrentan dos agentes morales en diálogo informado: el equipo médico y la pareja con problemas de infertilidad o esterilidad. Se entiende que el hijo es un bien humano básico para ambas partes.

Existe el peligro del cientificismo y del peso excesivo de la comercialización de estas técnicas. Además, es necesario establecer correctamente las condiciones para que ese diálogo médico-paciente respete las normas éticas racionales del discurso desde la perspectiva de la ética dialógica, y tener en cuenta los intereses y derechos del hijo en cuanto “el otro” presente-ausente. El personalismo y la ética de los bienes básicos pueden complementar el análisis de los dilemas éticos que conllevan las TRA.

Palabras clave: reproducción asistida, bioética, ética dialógica

BIOETHICS DIALOGUE IN ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES

Abstract: In assisted reproductive techniques two moral agents are confronted in informed dialogue: the medical team and the couple with infertility or sterility problems. The offspring in this dialogue is a basic human rights for both parts.

There is danger of scientificism and of giving excessive importance to the commercialization of these techniques. Furthermore, it is necessary to establish the conditions to respect the rational ethical norms of discourse in the physician-patient dialogue, under the dialogical ethical perspective and to consider the interests and rights of the offspring as “the other” present-absent. The personalized bioethics perspective and the ethics of basic goods may complement the ethical dilemma’s analysis related to assisted reproductive techniques.

Key words: assisted reproduction, bioethics, dialogical ethics

O DIÁLOGO BIOÉTICO NAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Resumo: Nas Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nos encontramos com dois agentes morais que se enfrentam no diálogo informado: a equipe médica e o casal com os problemas de infertilidade ou esterilidade. Entende-se que nesse dialogo o filho é um bem humano básico para ambas as partes.

Existe o perigo do cientificismo e do peso excessivo da comercialização destas técnicas. Além disso, é necessário estabelecer corretamente as condições para esse diálogo médico-paciente respeito das normas éticas racionais do discurso, desde a perspectiva da ética dialógica e levar em conta os interesses e direitos do filho enquanto “o outro” presente-ausente. O personalismo e a ética dos bens básicos podem complementar a análise dos dilemas éticos envolvidos nas TRA;

Palavras-chave: reprodução assistida, bioética, ética dialógica

* Doctor en Filosofía y Magíster en Bioética. Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
Correspondencia: gibioetica@vtr.net

Introducción

Existen muchos estudios recientes acerca de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), sobre todo desde las consecuencias jurídicas de los contratos que se establecen y los límites jurídicos que éstos deben tener. Se enfrentan con gran fuerza bienes jurídicos protegidos por el Derecho –como son la vida, la filiación, los derechos de sucesión, los derechos del hijo– y los nuevos “derechos reproductivos”, expresados en la libre elección de los procedimientos que los padres quieren usar para tenerlo. De ahí el enorme interés del Derecho por estos temas(1-3).

Se produce también un amplio debate entre los investigadores acerca de la eficacia de las diferentes técnicas –crecen las posibilidades con cada descubrimiento científico– y sobre el momento del inicio de la vida humana –cada vez conocemos más y mejor el desarrollo del embrión unicelular, las etapas previas a la implantación y los mecanismos que guían el desarrollo en los inicios de la vida humana. La ciencia puede proporcionar el conocimiento que sirva a una mejor comprensión filosófica: no es un tema de dominio exclusivo de la ciencia ni de la filosofía, por lo que ambas deben complementarse(4-6).

Han sido ampliamente analizados algunos de los problemas éticos que presentan estas técnicas, especialmente en lo que se refiere a los embriones congelados, a la experimentación con embriones “sobrantes”, a su utilización para obtener “células madre” embrionarias(7,8) y, también, a la legitimación ética de las técnicas. Para algunos, la manipulación técnica del proceso de reproducción es legítima por la finalidad buena que pretende; para otros, es inmoral dado que irrumpe en el ámbito íntimo de la vida sexual de la pareja y “cosifica” la vida humana embrionaria, o la destruye, en el caso de los embriones “sobrantes”.

Hay además un fuerte debate acerca de la finalidad terapéutica de estas técnicas y de la posibilidad –realidad ya en algunos casos– de que se extienda una mentalidad eugenésica con motivo del desarrollo de las propias TRA(9-12). La demanda social y las leyes del mercado, impulsadas quizás por expectativas desmedidas, pueden llevar a la ciencia médica a extremos insospechados, que abren interrogantes éticos sobre la finalidad misma de la medicina como ciencia(13,14).

Son más escasos los análisis éticos acerca de los fundamentos de la relación entre técnica, medicina

y usuarios(15-17). En las TRA nos encontramos normalmente ante dos agentes morales –el equipo médico, por un lado, y los padres infértiles o estériles, por otro– quienes, mediante diálogo informado, establecen la utilización de una técnica médica con un fin determinado: proporcionar o tener un hijo. Se entiende que el hijo es un bien humano básico para ambas partes. En este artículo nos centraremos en este punto.

La ilusión del científicismo

Según algunos médicos responsables de las TRA sólo la ciencia empírica podría darse a sí misma los criterios éticos para evaluar su actividad, ya que su autonomía respecto de otros campos del saber humano es absoluta. El equipo médico representa a la ciencia que, por vez primera, domina otro ámbito más: la biología de la reproducción. Debemos recordar –sobre todo ante las nuevas expectativas de investigación genética y reproductiva– que la ciencia necesita siempre un fundamento reflexivo (racional) sobre su propia finalidad para no convertirse en ideología; debe reconocer los intereses que han movido a la razón a producir ese saber para identificar también los criterios éticos de actuación que deben guiar esos intereses. “El científicismo –en palabras de Adela Cortina– bloquea toda fundamentación de la moral (...) Si queremos tener objetividad científica, esto presupone la validez intersubjetiva de normas éticas. No tiene sentido exigir la neutralidad de la ciencia empírica, en nombre de la objetividad, sin presuponer que la objetividad debe alcanzarse (...) Si pretendemos que los logros científicos valgan intersubjetivamente tiene que ser posible que valgan intersubjetivamente las normas presupuestas en la comunidad de científicos, no que valgan subjetivamente, en virtud de una decisión preracional. En ese caso, la ciencia sería decisionista”(18).

Todo argumento en el cual se reivindican derechos y se exigen deberes –toda ética y, también, la ética de la ciencia– debe descansar en una elaboración racional y no, en el mejor de los casos, en una ideológica petición de principios. El científicismo, en virtud de su carácter subjetivo, no puede darse a sí mismo la regulación ética y exigir normas a quien no posea idénticos principios. La deliberación racional sí puede hacerlo. Y ello es especialmente necesario en el caso de la investigación biomédica sobre el inicio de la vida humana y la procreación.

Diálogo de consenso o diálogo racional

Según el esquema de la bioética liberal actual, el procedimiento de fundamentar convencionalmente estas técnicas médicas en la vida pública debe ser mediante el mero consenso, y así se ha legislado en muchos países, incluso desde la imposición de las mayorías parlamentarias y con muy poco debate social y político previo.

Frente a esta posición, es imprescindible establecer un auténtico diálogo racional. Las críticas al consensualismo desde la ética del discurso son fundamentales. En Apel hay algunos argumentos claves para clarificar algunos de los actuales debates sobre las TRA (18, pp. 155-159):

- La validez de las convenciones precisa de una base moral y exige, al menos, tener una información adecuada, “interlocutores válidos” informados y mantener las promesas.
- Las leyes que no pueden legitimarse moralmente pierden su crédito antes o después. El solo pacto estratégico no otorga legitimidad moral, sólo una universal utilización de los hombres como medios, como posibles piezas; algo muy diferente del respeto por la autonomía y el reconocimiento auténtico de los derechos comunes.
- La sola suma de las decisiones individuales (médicos-padres, o médicos-sólo mujer, en algunos casos permitidas por algunas legislaciones) no produce necesariamente una decisión racional. Si las decisiones privadas son a veces irracionales las de mayoría pueden serlo también.
- Finalmente, en palabras de Adela Cortina: “Un acuerdo democrático, basado sólo en el consenso fáctico, compromete sólo a los participantes y no vincula ni tiene en cuenta a cuantos, afectados por el acuerdo, no han participado en él (clases marginales, pueblos del tercer mundo, generaciones futuras)” (18, p. 95).

En bioética debemos avanzar hacia un acuerdo racional de interlocutores válidos que legitime las normas morales cívicas y, en concreto, las pautas éticas y legales que regulan las técnicas de fecundación *in vitro* con transferencia de embriones, la clonación, la investigación con células madre, entre otras. “Esta es quizá –propone Diego Gracia– la gran tarea que todos tenemos delante y que irá ganando importancia en los próximos años: la necesidad de asumir un tipo de racionalidad que permita la participación de todos los implicados en el proceso de deliberación de los problemas prácticos, en nuestro

caso de los problemas morales” (19). Es imprescindible el diálogo racional como un instrumento de análisis y de profundización ética (20), y tener en cuenta a los afectados por los acuerdos, que en las TRA son, sobre todo, los padres y los hijos. Pero examinemos primero las condiciones del diálogo racional.

No se trata sólo de alcanzar acuerdo entre intereses egoístas o individuales, que pueden ser muy legítimos; no tendría interés racional –y no sería por tanto universalizable– si sólo se buscara el consenso porque favorece individualmente a quienes lo realizan. Debe tener validez intersubjetiva, con argumentos comprensibles y aceptables, defendidos mediante el discurso racional. De otro modo, todo argumento de derechos y deberes descansaría, en el mejor de los casos, en una persuasión sentimental que sólo vincularía a los participantes.

Si aspiran a un valor universal, las TRA requieren una aprobación racional y seguir un criterio ético, con un diálogo que se establezca:

- Sin limitar los temas y las personas participantes. Entrar a fondo en el debate sobre el estatuto del embrión humano, por ejemplo. O que la mujer pueda expresar su punto de vista acerca de estas técnicas, quizás en ocasiones sólo analizadas desde la postura “masculina” del dominio científico.
- Sin otra coacción que no sea la del mejor argumento y con racionalidad plena. Debemos dejar de lado posiciones esencialmente afectivas o basadas en el sentimiento. Por supuesto, es preciso considerar la angustia que supone la infertilidad para una mujer o una pareja, pero no es su “deseo” más o menos profundo del hijo lo que va a delimitar la legitimidad de los medios que use para conseguir ese buen fin.
- Con una búsqueda cooperativa de la verdad. En ciertos países ha habido muy poco diálogo previo para lograr consensos, muy poca cooperación entre todos para conseguir un acuerdo racional y razonable. Es necesario rechazar la imposición de legislaciones permisivas por parte de mayorías políticas, sin un debate político previo y en medio de campañas de comunicación que distorsionan –o al menos dificultan– esa búsqueda de la verdad.

Ética dialógica y el hijo como “el otro”

Adela Cortina ha profundizado en el concepto de persona como “interlocutor válido”, aplicable de modo

especial precisamente al ámbito de la bioética. Según ella, la mayoría de las decisiones en bioética deberían resolverse mediante el diálogo entre sujetos autónomos. “Autonomía en este caso significa madurez psicológica y ausencia de presiones externas (sociales) o internas (el dolor mismo), suficientes como para decidir de acuerdo consigo mismo. Y este “consigo mismo” puede precisarlo en primer lugar el paciente, en una situación psicológica adecuada, porque él tiene un acceso privilegiado a su propia subjetividad, a sus proyectos de autorrealización. Por eso creo necesario precisar este concepto médico de autonomía como una articulación de las dos nociones de autonomía y autorrealización a las que antes me he referido: lo universalizable es aquí el derecho del paciente a tomar decisiones porque tiene un acceso privilegiado a su subjetividad, a sus propios ideales de autorrealización. Y tiene derecho a ello porque desde una autonomía dialógicamente entendida, el paciente “es digno de”, tiene derecho a ser tratado como un interlocutor válido” (21). Prosigue Cortina: “...la relación ha de ser dialógica entre dos sujetos autónomos, uno de los cuales tiene la capacidad y el deber de asesorar; el otro, el derecho a decidir sobre su propia concepción de bien, ya que él es el beneficiario del acto médico” (21, p. 238).

En el caso de las TRA, los acuerdos racionales comprometen no sólo a los participantes directos, sino también a todos aquellos afectados por el acuerdo aunque no hayan participado en él; por tanto, deben ser tenidos en cuenta por los “interlocutores válidos” presentes. El hijo es el “presente-ausente”, cuyos intereses deben ser defendidos por los padres, ya tutores del hijo en el momento de ser concebido *in vitro*, no siempre desde el punto de vista legal pero sí desde las obligaciones éticas de la filiación y la maternidad. Y sus intereses también deben ser tenidos en cuenta por los médicos, que se deben al bien de sus pacientes. Por esta razón, la ética médica ha insistido en tantas ocasiones en el deber de salvaguardar la vida en su inicio: “No es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo (...) Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes” (22).

Desde la misma ética dialógica se está avanzando hacia una superación de la mera contraposición de principios éticos en confrontación, como a menudo se entiende en el principialismo. A propósito de las técnicas de clonación, Habermas apela a la responsabilidad hacia la especie y las generaciones futuras para evitar una “eugenesia liberal” (23), pero su prevención es también aplicable a las actuales discriminaciones eugenésicas presentes en algunas de las TRA. Maliandi complementa su propia interpretación de los cuatro principios clásicos con el principio de convergencia, como medio de solucionar los conflictos precisamente en el ámbito de la biotecnología (24)¹. Adela Cortina comenta los límites de la ética dialógica: “Si esta concepción ‘transformada’ de persona no ‘sirve’ de ayuda en problemas bioéticos, como podría ser el del estatuto del embrión, si sólo nos permite establecer un marco para las decisiones, que ha de ser complementado con argumentos de otras propuestas morales, no queda sino reconocer que cualquier propuesta ética que aceptemos por racional es limitada en su capacidad de respuesta a los retos morales, lo cual no exige descartarla por inválida, sino trazar cuidadosamente sus límites, de suerte que no se propase en sus atribuciones ni deje de cumplir las tareas para las que sí está capacitada” (21, p. 240).

Para muchos de los temas implicados en las TRA hace falta ese recurso a otras propuestas morales, comenzando por el deber ético de maximización de los cuatro principios básicos de la bioética. El ideal ético no es simplemente conseguir la solución pacífica entre esos cuatro o más principios, sino tratar de alcanzar la armonía y maximización de ellos en la acción ético-clínica², muy especialmente en lo que respecta a los posibles conflictos entre la autonomía de los padres y la técnica médica, por un lado, y los deberes de beneficencia y no maleficencia para con el futuro hijo, por otro.

En cuanto al debate sobre el estatuto del embrión humano, algunos sostienen un respeto ético diferenciado según el desarrollo biológico. Así podríamos “manejar

¹ “La ética de la biotecnología padece la condición de que ninguno de sus principios puede cumplirse plenamente sin transgredir alguno de los otros. Es lo que la ética convergente expresa como ‘imposibilidad de los óptimos’ y justifica la postulación de un quinto principio (al que corresponde considerar, más bien como un metaprincipio) representado por la exigencia de procurar el máximo equilibrio posible entre los cuatro. Se lo denomina principio de convergencia”.

² León F. *Bioética y justicia social en Latinoamérica*. En: X Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Actas del Congreso. Salvador de Bahía: 2007 (en prensa).

blastocistos, cuidar embriones, y respetar fetos”(25). En esta misma línea, la ley española que regula la fecundación *in vitro* sostiene en su introducción que el embrión preimplantatorio es “un material biológico (...) grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo desde que es fecundado hasta aproximadamente catorce días más tarde”³, por lo que deduce la regulación jurídica de su protección desde estos supuestos “datos científicos”. No podemos encontrar en el discurso científico respecto del desarrollo biológico los elementos valorativos del nuevo ser humano. La ciencia no puede demostrar si el embrión es o no persona, pero sí puede acercarnos a comprender la importancia del desarrollo de la corporeidad humana desde su inicio.

Pero la diferencia ética podría estar también en la dimensión relacional de la dignidad humana, con lo que pasaríamos de la lógica de la cualidad a la lógica de la relación: que el embrión sea considerado persona o una “realidad intermedia” es secundario, pues “no es óbice para que no se le trate con respeto y con dignidad (...) una dignidad humana y como tal abierta, incierta, exigiéndonos constantemente responsabilidad”(26). Aunque no es suficiente, la “presencia relacional” del embrión no deja de ser significativa para la ética y el respeto a la dignidad en el inicio del deseo de acudir a las TRA.

Tanto la corporeidad como la dimensión relacional juegan un papel importante en la valoración ética del embrión. Ambas entendidas filosóficamente y no como mero dato empírico aportado por la ciencia experimental. “El concepto de la corporeidad juega un papel clave en la determinación de la dignidad. El cuerpo humano no es un puro organismo material, sino lenguaje, expresión, relación con el mundo y con los otros, expresión de la interioridad (...) Consideramos que la dignidad debe extenderse a todo ser humano, que no pueden realizarse diferencias entre seres humanos y personas (...) la dignidad debe adscribirse a todo

ser humano en tanto que ser potencialmente capaz de desarrollar actividades como el pensar, el amar y crear. Dicha atribución debe efectuarse a partir del momento en que existe la ‘mínima suficiencia constitutiva’ para desarrollar en el futuro tales actividades”(27), y en la determinación de esta corporeidad y capacidad relacional suficientes sí pueden ayudarnos las aportaciones científicas de todas las disciplinas humanas, no sólo las provenientes de la biología del desarrollo.

La vida humana como bien básico de la persona

Se debe complementar la ética del discurso con la de los bienes básicos, y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados sino visiones complementarias y, desde luego, estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas, en lo que John Finnis llama “valores básicos”, aspectos fundamentales del bienestar humano, “aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se deben perseguir y realizar”. Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. “Entre ellos, el bien de la vida no puede servir de medio para conseguir otros tipos de fines o bienes. La dignidad de la persona y la conjunción de todos los bienes que participan en esa realización integral del hombre son las que establecen el deber absoluto del respeto incondicionado al bien humano llamado ‘vida’”(28).

Esta consideración tiene especial relieve en el debate ético sobre las TRA, en el cual puede ponerse en juego el bien de la vida humana para conseguir otros bienes como la paternidad o la maternidad. En este mismo sentido, Alfonso Gómez-Lobo analiza los “bienes humanos básicos” como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos, entre otros temas, a la experimentación con embriones humanos. La vida es un bien humano básico –quizás el más básico en las etapas iniciales de desarrollo embrionario y fetal– que se da sin discontinuidad; “la consecuencia normativa de todo esto es que si los seres humanos somos esencialmente organismos de cierto tipo cuya existencia se extiende

³ “El material biológico (sic) utilizado es el de las primeras fases del desarrollo embrionario, es decir, aquel desarrollo que abarca desde el momento de la fecundación del óvulo hasta el nacimiento (sic) (...) Generalmente se viene aceptando el término “preembrión” –también denominado “embrión preimplantatorio” por corresponderse con la fase de preorganogénesis– para designar al grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo (sic) desde que es fecundado hasta aproximadamente catorce días más tarde, cuando anida establemente en el interior del útero –acabado el proceso de implantación que se inició días antes– y aparece en él la línea primitiva”. España: Ley de 22-11-1988, núm. 35/1988, sobre Reproducción Asistida Humana.

en el tiempo y si la norma moral que prohíbe matar se aplica a un ser humano de cualquier edad, entonces ésta cubre también a los seres humanos en su etapa más temprana, en su etapa embrionaria” (29).

En la mayoría de las TRA, la dignidad del embrión humano se reduce a la que conceden los padres o la sociedad, sin percibir que “todas las formas de dignidad se encuentran en la primera fuente, la dignidad puramente ontológica (...) Al privar al no nacido y a otras personas humanas de su vida, les privamos también de la posibilidad de alcanzar esa dimensión más profunda de su vocación de llegar a una dignidad más profunda que la mera de personas vivas” (30,31). Más allá de la discusión sobre la personalidad del embrión y de los problemas de respeto a la vida que plantea la fecundación *in vitro*, admitirla “significa reconocer la racionalidad moral de los intentos dirigidos a mejorar

–y no sólo ‘reparar’– la constitución biológica del *Homo Sapiens*” (32), con la duda acerca de quién podría establecer el criterio de perfección de una determinada constitución psicobiológica humana.

En el personalismo, el respeto a la dimensión biológica del hombre está esencialmente unido a la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor”, más allá de no utilizarla como un simple medio (33). Y esto se aplica a toda vida humana. La nueva vida humana surgida o que surgirá de las TRA nos exige ya –aunque aún no esté presente– no sólo la responsabilidad ante las generaciones o los sujetos humanos futuros (34), sino tenerla en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y padres, tanto por su condición de “presente-ausente” como por el bien personal básico de la vida en juego.

Referencias

1. Gandra I. (Coord.) *Direito Fundamental à Vida*. São Paulo: Quartier Latin; 2005.
2. Ugarte JJ. *El derecho de la vida. Bioética y Derecho*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile; 2006.
3. Massaglia MV. *Nuevas formas de procreación y el Derecho Penal*. Buenos Aires: Ad Hoc; 2001.
4. Beca JP. (Coord.) *El embrión humano*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2002.
5. Hidalgo MC. *Análisis jurídico-científico del concebido artificialmente*. Barcelona: Bosch; 2002.
6. Carrasco I. (Coord.) *Identidad y estatuto del embrión humano*. Madrid: EIUNSA; 2000.
7. VVAA. *El destino de los embriones congelados*. Madrid: Fundación Universidad Española; 2003.
8. Germán R. *Los embriones humanos congelados: un desafío para la bioética*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.
9. Abellán, F. *Selección genética de embriones. Entre la libertad reproductiva y la eugenesia*. Granada: Comares; 2007.
10. Abellán F. *Reproducción Humana Asistida y responsabilidad médica*. Granada: Comares; 2001.
11. Ballesteros J. (Ed.) *La Humanidad in Vitro*. Granada: Comares; 2002.
12. Díaz de Terán MC. *Derecho y nueva eugenesia: un estudio desde la Ley 35/88, de 22 de noviembre, de técnicas de reproducción asistida*. Pamplona: EUNSA; 2005.
13. Cambrón A, et al. *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*. Madrid: Trotta; 2005.
14. Spar DL. *Baby Business. Cómo el dinero, la ciencia y la política condicionan el negocio de la infertilidad*. Madrid: Urano; 2006.
15. Bestard J. *Tras la Biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2004.
16. Vila-Coro MD. *Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*. Madrid: San Pablo; 1997.
17. Pérez Monge M. *La filiación derivada de técnicas de reproducción asistida*. Zaragoza: Facultad de Derecho; 2002.
18. Cortina A. *Ética Mínima*. 4ª edición. Madrid: Tecnos; 1994: 93-94.
19. Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 127.
20. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.
21. Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.
22. Consejo General de Colegios Médicos de España. *Código de Ética y Deontología Médica*. Madrid; 1990: artículos 25.1 y 25.2.
23. Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Madrid: Paidós Ibérica; 2002.
24. Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología*. Buenos Aires: Biblos; 2006: 95-128.

25. Masiá J. Manejar blastocistos, cuidar embriones, respetar fetos. En: Masiá J. (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2005: 323-326.
26. Domingo T. Difícil dignidad. Cuestiones abiertas. En: Masiá J. (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2005: 341-357.
27. Torralba F. La raíz de la dignidad humana. En: Masiá J. (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2005: 245-262.
28. Saldaña J. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Gandra I. (Coord.) *Direito Fundamental à Vida*. São Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54.
29. Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006: 127-131.
30. Seifert J. Dignidad humana. Dimensiones y fuentes en la persona humana. En: Borobia JJ, Lluch M, Murillo JI, Terrasa E. (Eds.) *Idea cristiana del hombre*. Pamplona: EUNSA; 2002.
31. Spaemann R. *Personas. Acerca de la distinción entre "algo" y "alguien"*. Pamplona: EUNSA; 2000.
32. Chalmeta G. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. *Medicina y Ética* 2007; 18(1): 15-26.
33. Wojtyła K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997: 315-316.
34. Jonas H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder; 1995.

Recibido: 13 de junio de 2007.

Aprobado: 20 de julio de 2007.

LA ÉTICA DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Gabriel Jaime Montoya Montoya*

Resumen: La ética del cuidado es un constructo teórico y práctico que busca resaltar la vinculación esencialmente humana y emocional entre el profesional de la salud y el paciente. En este artículo se propone su instrumentación en el campo de la salud sexual y, principalmente, en la difusión y establecimiento de los derechos sexuales. Dicha estrategia está orientada a propiciar el diálogo bioético entre los profesionales de la salud y las personas que reciben su cuidado, puesto que la reciprocidad de conocimientos e información genera empatía y trato humanizado. Se consideran la definición de salud sexual, la declaración de los Derechos Sexuales y la ética de la sexualidad como elementos que se integran finalmente en la ética del cuidado de las personas que acuden a los servicios de salud en el contexto latinoamericano.

Palabras clave: ética del cuidado, ética de la sexualidad, salud sexual, derechos sexuales

ETHICS OF CARE IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Abstract: Ethics of care is a theoretical and practical construct which highlights the essentially human and emotional bond between the health care professional and the patient. This essay emphasizes its application to the field of reproductive health and, mainly, to the dissemination and setting of the reproductive rights. Such strategy is oriented towards allowing a bioethics dialogue among health care professionals and whoever receives their care, since knowledge and information reciprocity generates empathy and humane treatment. The definition of sexual health, the Declaration of Sexual Rights and sexual ethics are considered integrated elements in the ethics of care for those looking for health care services in the Latin American context.

Key words: ethics of care, ethics of sexuality, reproductive health, reproductive rights

A ÉTICA DO CUIDADO NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Resumo: A ética do cuidado é um construto teórico e prático que busca ressaltar a vinculação essencialmente humana e emocional entre o profissional da saúde e o doente. Neste artigo se propõe sua instrumentalização no campo da saúde sexual e, principalmente, na difusão e estabelecimento dos direito sexuais. Tal estratégia orienta-se na perspectiva de propiciar o diálogo bioético entre os profissionais de saúde e as pessoas que recebem seu cuidado, posto que a reciprocidade de conhecimentos e informação gera empatia e trato humanizado no cuidado em saúde. São consideradas a definição de saúde sexual, a declaração dos Direitos Sexuais e a ética da sexualidade, como elementos que se integram finalmente na ética do cuidado, das pessoas que procuram os serviços de saúde no contexto latinoamericano.

Palavras-chave: ética do cuidado, ética da sexualidade, saúde sexual, direitos sexuais

* Médico Psiquiatra. Grupo de Investigación en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia
Correspondencia: gajamon2004@yahoo.com

Introducción

Desde sus orígenes, la bioética ha indagado por las claves que definen la vinculación entre médico y paciente. A esta díada clásica se han añadido progresivamente varios agentes que triangulan las relaciones: los avances tecnológicos, el reconocimiento legal e institucional de los derechos de los pacientes, la implementación de las políticas de calidad y, en general, la transformación de los sistemas generales de seguridad social.

Una de las quejas más repetidas entre las comunidades de usuarios radica en la pérdida de cercanía con el terapeuta. La posibilidad de un trato humanizado se desdibuja en medio de las presiones por la optimización de recursos que, paradójicamente, buscan garantizar la universalización de la atención en el contexto de la justicia social. Las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social, en general, han motivado frecuentes discusiones en los países de América Latina y el Caribe. Si bien se buscan estrategias para la atención oportuna, se producen en forma colateral reflexiones sobre la calidad de la misma.

El cuerpo de conocimientos sobre lo sexual ha crecido en forma asimétrica y en una menor proporción que otros frentes de las ciencias de la salud. Reconocer que es necesario, conveniente y justo indagar por la sexualidad de las personas y las poblaciones ha significado una ruptura paradigmática que, se espera, lleve a la reflexión en el personal de salud sobre sus carencias de conocimiento y capacitación. No obstante, también alude a la profunda necesidad de dar a conocer a la población el derecho a la salud sexual.

La atención sanitaria recibe personas con necesidades latentes o manifiestas en su sexualidad. Los ámbitos clásicos y vigentes de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados han venido albergando, cada vez más, a personas que vienen a consultar por disfunción eréctil o bajo deseo sexual, entre otras disfunciones. En los países latinoamericanos esta realidad se ha mezclado con los devastadores efectos de la violencia sexual y el maltrato infantil. En consecuencia, cuando se propone hablar de sexualidad y de salud sexual se alude a una realidad sustancial y visceral de nuestras sociedades.

En tales circunstancias, la ética del cuidado puede convertirse en una estrategia que permita sensibilizar al personal de salud acerca de la realidad de las personas que acuden a solicitar sus servicios. Igualmente, ofrece

la opción de enfrentamientos asertivos y “empoderados” en las personas que experimentan amenazas o daños en su salud sexual. Dicho acercamiento no está circunscrito necesariamente a una visión particular de género o a la instalación de una dicotomía entre una atención en salud basada en el paradigma de lo femenino o lo masculino.

Este artículo se inicia con un recorrido por la ética de la sexualidad; luego, introduce los elementos de la ética del cuidado y su evolución conceptual, y, finalmente, presenta su vinculación con los derechos sexuales. Busca demostrar que la aproximación a la salud sexual y reproductiva desde la ética del cuidado puede ser una herramienta efectiva para garantizar el trato humanizado en la atención en salud.

Ética de la sexualidad

En la ética naturalista de la sexualidad, los actos son intrínsecamente buenos cuando respetan el orden interno de la naturaleza e intrínsecamente malos cuando no lo respetan. Además, la sexualidad se hace moral cuando se ejercita con moderación. Para esta ética, la naturaleza tiende siempre a un fin (*telos*) y todo órgano tiene también uno. Para el caso de los órganos de la generación, sus fines son la reproducción y perpetuación de la especie, de tal manera que los usos no dirigidos a ellos serían inmorales. La virtud que acompaña el ejercicio de la vida sexual es la templanza, el justo medio aristotélico; por consiguiente, el exceso o abstinencia serían inmorales. La templanza tiene por objeto regular el uso de los placeres corporales, principalmente el tacto y el gusto (*I*).

La visión cristiana de la sexualidad adoptó estos elementos naturalistas de la sexualidad; no obstante, debió resolver el asunto de la abstinencia sexual como un acto inmoral. Sustituyó entonces la ética por una ascética de la sexualidad: el hombre es un sujeto pasivo de sus pasiones, a diferencia de Dios que no tiene pasiones y es agente. El hombre sabio debe ser imitador de Dios y, en consecuencia, debe dedicarse a anular completamente los afectos (*pathos*) y las pasiones por la vía de la abstinencia. Quedaba así resuelto el asunto de la inmoralidad de ésta.

Esta elaboración concluía que son deshonestas, es decir no se hayan bajo el control de la razón de un hombre sabio, todas las prácticas sexuales que alteran el orden de la naturaleza. Para Tomás de Aquino éstas serán más

graves cuanto más contravengan el orden determinado por la naturaleza. Para demostrarlo construye una escala de vicios contra naturaleza donde los menos graves son el incesto, la fornicación, el estupro, el adulterio y el rapto de una virgen, mientras que los más graves son la masturbación, la bestialidad, la homosexualidad y las relaciones heterosexuales por vías distintas de las usuales, con lo que, según el razonar tomista, el sexo oral termina siendo más grave que el incesto.

Más adelante, la modernidad planteó una oposición entre lo natural y lo moral. El hombre pasó a ser por sí mismo la fuente de lo moral: el hombre y no la naturaleza determina lo bueno y lo malo. El ser humano se convierte en fuente de su propia moralidad, con la racionalidad como instrumento. La autonomía empieza a ser protagonista en el ámbito ético, con el respeto a la dignidad del ser humano como valor fundamental. Para la ética sexual de la modernidad, se obra adecuadamente cuando se actúa por deber, considerando a la otra persona como un fin y no solamente como un medio para el placer. La manera como esto se produce es por medio del vínculo, no sólo con el cuerpo o la sexualidad de la otra persona, sino con todo su ser íntegro.

En la modernidad, “la moralidad o inmoralidad de los actos dependerá del grado de respeto o agresión que supongan a la dignidad de los seres humanos, y no de su carácter natural o antinatural” (1). En consecuencia, los actos sexuales respetan la dignidad del ser humano cuando se realizan entre personas autónomas que actúan con conocimiento, voluntad y libertad.

Posteriormente, la llamada “revolución sexual” del siglo XX disolvió las conexiones entre sexualidad y reproducción, y consolidó el respeto humano como principio moral para los actos sexuales. De esta manera, se crea un nicho para el ingreso de la ética de la responsabilidad. Su propuesta es trascender la dicotomía entre naturaleza y razón porque ninguna puede dar cuenta completa de lo moral en sexualidad. La ética de la responsabilidad se ubica en un punto intermedio, en un proceso que Diego Gracia denomina de “ponderación ambivalente”.

En el ámbito privado, el respeto a los seres humanos se concreta en los principios éticos de autonomía y beneficencia. Como la sexualidad es, en esencia, una actividad privada, “un acto será moralmente reprobable cuando viole la autonomía de las personas o éstas no lo consideren beneficioso para ellas”. La no maleficencia y

la justicia establecen los límites de la autonomía: “por maleficientes o por injustas, consideramos inmorales todas aquellas conductas que agreden, escandalizan, etc. a personas determinadas, sobre todo si son menores de edad o incapaces. La violación, la agresión sexual, el acoso sexual, el exhibicionismo y la provocación sexual, etc., son conductas moralmente negativas precisamente por eso”.

Las conductas sexuales que atentan directamente contra el respeto a la dignidad humana están reguladas, en consecuencia, por los llamados deberes perfectos y generan un derecho correlativo para ser respetado en los demás seres humanos. Estos deberes se deben exigir a todos, incluso con el auxilio de la fuerza. Este es precisamente el ámbito del derecho en la sexualidad: identificar los deberes perfectos y hacerlos cumplir con la ley.

En el campo de la sexualidad, los deberes imperfectos pertenecen a la esfera de lo privado y se cumplen según el sistema de valores y el proyecto de vida particulares. No generan un derecho correlativo ni puede exigirse su cumplimiento por la fuerza. “El derecho no puede ni debe inmiscuirse en el ámbito de los deberes imperfectos, sino que su función es asegurar ese marco mínimo y universal que permita que los seres humanos lleven a cabo, diferencialmente, la gestión de sus propios deberes imperfectos, es decir, sus proyectos de vida, de acuerdo con sus sistemas de valores y con sus ideas de perfección y felicidad”.

El asunto es que existe diversidad de proyectos vitales: múltiples individuos, con diversos proyectos; los “extraños morales” conviven en un mismo sitio y en un mismo momento histórico. Cada uno se rige por sus deberes imperfectos engendrados en la privacidad e individualidad de su sexualidad. La propuesta consiste, entonces, en elevar al rango de deber perfecto el respeto al pluralismo y a la libertad de conciencia. Todo individuo tiene derecho a disfrutar de su sexualidad siempre y cuando no atente contra el imperativo de respeto a la dignidad de los seres humanos. Las leyes han de promover entonces el respeto por la diversidad sexual, como expresión del pluralismo, y procurar los medios para el respeto de la opción sexual de todos los miembros de una sociedad.

Respecto del derecho y la ética de la responsabilidad en sexualidad, Diego Gracia concluye: “La sexualidad es, básicamente, un asunto privado, un deber imperfecto, que no puede ni tiene que estar rígidamente reglamen-

tado por el Derecho. Éste lo único que puede hacer es prohibir aquellas conductas que atenten contra los derechos y libertades de los demás, es decir, los deberes que sí son perfectos y que, por tanto, generan derechos en los demás (...) el ejercicio de la sexualidad pertenece a la esfera de lo privado, más aún, de lo íntimo, y por tanto está protegido por el derecho a la privacidad y a la intimidad (...) el respeto a la diversidad sexual y al ejercicio libre de la sexualidad, por supuesto dentro de ciertos límites que las sociedades tienen que establecer por consenso, es un deber perfecto, generalmente conocido con los nombres de derecho a la intimidad y a la privacidad”(1).

La sexualidad y los derechos sexuales están supeditados a la ética de la responsabilidad. Ellos son instrumentos valiosos para la evaluación ética de las conductas sexuales dentro de la sociedad y el Derecho. Sin embargo, en el contexto particular de la atención en salud y en la promoción de los derechos sexuales, es pertinente introducir los elementos de la ética del cuidado, por las condiciones especiales de trato humano y cercanía personal que favorecen las acciones de promoción y prevención de la salud sexual.

Ética del cuidado

El término “cuidado” tiene dos vertientes de significado: por un lado, la percepción de amenaza o peligro frente a algún elemento del entorno; en este caso, “tener cuidado” se refiere a las precauciones para el mantenimiento de la salud y la disminución de un daño potencial. Por otro, la palabra se vincula con la vigilancia de alguien o algo que se encuentra en situación de vulnerabilidad, es decir, “cuidar de”. Este último significado se asocia a la función médica y, tradicionalmente, al rol de la enfermería en la atención clínica.

La evolución de la salud pública, la epidemiología y la medicina preventiva ha introducido conceptos como “factor de riesgo” y “condiciones de vulnerabilidad”. Su aplicación práctica supone el diseño de estrategias en las cuales las personas y los grupos humanos deben adoptar estilos de vida que resulten saludables y disminuyan el impacto de la enfermedad. Esta lógica refleja otra arista de significación para la palabra “cuidado”, en tanto cada persona debe hacerse cargo de su propio bienestar y corregir los hábitos que aumentan su riesgo de enfermarse. Ya no sólo se trata de esperar qué hace el médico para cuidar el bienestar del paciente sino, también, cómo moviliza este último sus propios

recursos para conservar y recuperar el estado de salud. Así, cada persona debe tener introyectada una noción de autocuidado que supera la visión tradicional del heterocuidado.

Rollo May introduce elementos de la filosofía existencialista en el contexto de la psicología humanista y la ética del cuidado(2). Frente a la adversidad e insensibilidad del mundo, surge el cuidado como un antídoto a esta apatía. El cuidado es el fenómeno constitutivo básico de la existencia humana, su asimilación requiere el reconocimiento del otro como un ser humano y la identificación con su dolor o su disfrute. May señala, además, que el cuidado de sí mismo precede al cuidado del otro: nadie puede hacerse cargo de la asistencia de otra persona si no tiene unas condiciones básicas que den cuenta de su propio bienestar.

Erik Ericsson, por su parte –en su teoría del desarrollo psicosocial que contempla ocho estadios del ciclo vital–, describe en el séptimo estadio, correspondiente a la adultez, la crisis generabilidad versus autoabsorción o estancamiento. Se entiende por generabilidad la capacidad y el interés por establecer, proteger y orientar la próxima generación. La virtud que emerge de esta crisis es el cuidado(3). En este autor se da una convergencia ética entre el cuidado y la responsabilidad, en tanto ambos conceptos responden al interés por el bienestar de las futuras generaciones.

Para Erikson, tal capacidad de cuidar del otro se refleja en la labor paterna pero, también, en la docencia, la producción y la asistencia. Esta ética del cuidado surge por la tensión de dos fuerzas en el curso del ciclo vital, de tal manera que su consolidación sería el resultado de un proceso esperado de desarrollo. El registro eriksoniano del cuidado contempla la característica de universalidad para el género humano y su ausencia es vista como un estancamiento o detención en la evolución moral de los individuos.

Al introducirse en el ámbito de la atención médica, la evolución conceptual de la ética del cuidado ha enfatizado en la competencia técnica o excelencia en el oficio: quien decide cuidar a otro debe saber, como insumo mínimo, las condiciones básicas de lo que hace. Este conocimiento del arte requiere una vinculación profunda con su desarrollo teórico y práctico. Sin embargo, en el siglo XX surgieron críticas al personal de salud por haberse concentrado exclusivamente en el esclarecimiento de las causas patológicas y las estrategias

terapéuticas, abandonando el arte médico que atendía íntegramente al paciente y no solamente su enfermedad. Esto ha resultado en una visión despersonalizada de la medicina.

Uno de los abanderados de la necesidad del cuidado en la atención médica fue Francis Peabody, profesor de la Universidad de Harvard. En 1927 señaló la necesidad de estar atento a las condiciones particulares de cada paciente, mediante la revisión del tipo de relación que ambos sostienen. Este toque “personal”, por así llamarlo, supera la perspectiva organicista y patológica de la medicina moderna, y se convierte, además, en una herramienta útil y necesaria en todo proceso de curación. La relación debe tener elementos de cortesía, simpatía, afabilidad y cercanía personal(4).

Dicha perspectiva de la atención, que vislumbra una significativa vinculación emocional entre cuidador y paciente, requirió, a su vez, la transformación de la “simpatía” en “empatía”, con el fin de evitar la excesiva vinculación, la generación de dependencia y la pérdida de los límites terapéuticos. La empatía ha sido definida como la capacidad cognitiva del médico –o cuidador– para entender las necesidades del paciente, la sensibilidad afectiva para identificar los sentimientos de éste y la habilidad comportamental para demostrar que se han comprendido tales necesidades y sentimientos(5,6). La simpatía hace alusión al estado en el cual una persona es afectada por la condición de otra, produciéndose un sentimiento similar o correspondiente. En su nivel más básico, la simpatía recurre al sentimiento primario que surge ante una situación: de ahí la carga emocional que lleva implícita. En estos casos, la evaluación ética está contaminada por marcados elementos subjetivos que alteran la conformación del marco básico para el diálogo.

Cuando la ética del cuidado recurre a la empatía lo hace también amparada en su estructura tripartita (cognitiva, emocional y comportamental). De tal manera que es posible aprender a ser empático y evaluar las conductas empáticas frente a una situación determinada.

Con Carol Gilligan, en la década de los 80, se estructura el discurso que actualmente conocemos como “ética del cuidado” (*ethics of care*). Uno de sus esfuerzos ha sido desarrollar una ética filosófica y sistemática más allá del entorno de la práctica sanitaria(7). Gilligan sostiene que hombres y mujeres tienden a emplear estrategias diferentes de razonamiento y aplican distintas ideas y

conceptos cuando formulan y resuelven problemas morales. Estas diferencias harían que las mujeres perciban los conflictos éticos en términos de apego o desapego personal; de este modo, la tendencia femenina sería la evitación del aislamiento y el daño, la generación de fuertes vínculos interpersonales y la tendencia a la acción a partir del reconocimiento individual de una responsabilidad con el otro. En el discernimiento moral femenino importan elementos como la confianza, la calidad de los cuidados y la sensibilidad ante la adversidad y el dolor de las personas.

En el terreno masculino, la tensión se basa en los principios de equidad e inequidad. En su pensamiento ético, los hombres recurren más al uso de ideales abstractos, como justicia y derecho, la primacía de los derechos individuales y las normas universales. Los dilemas morales son resueltos, entonces, a partir de jerarquías de valores y los elementos de justicia darían el soporte para decidir cuál es la mejor decisión en un conflicto. Gilligan llama a la orientación moral más prevalente en las mujeres “ética del cuidado” y a la de los hombres “ética de la justicia”.

¿Cuál es la validez de esta distinción en el razonamiento ético? Tal vez el mismo proceso de identidad de género y la asimilación social del rol de género llevan a hombres y mujeres a razonar de una peculiar manera (la descrita por Gilligan, por ejemplo). Las teorías del aprendizaje también muestran cómo la capacidad cerebral y mental de aprender y desaprender varía según las condiciones del entorno.

En todo caso, resulta interesante reflexionar acerca del agente que participa en el juicio ético en cuanto variable significativa en el resultado final. Esto implica que la discusión trasciende la dicotomía “feminista versus machista” –con la que ha sido criticada la ética del cuidado– para hacer acopio de los datos disponibles y entender lo valioso de la diversidad del pensamiento cuando se considera el registro de género.

En la ética del cuidado se otorga un papel moral a las emociones; igualmente, se resalta que las decisiones éticas comprometen en forma significativa la afectividad y todas las esferas de la personalidad. En la acción de cuidar se parte de un hecho individual, como es el autocuidado, y se trasciende para atender a los que requieren ayuda para sus necesidades vitales. En consecuencia, se genera una reciprocidad que fortalece los vínculos sociales y la calidad de la atención.

Complementando esta perspectiva, el modelo de relación de ayuda de Carol Taylor propone que el profesional (cuidador) debe reunir seis núcleos básicos:

- **Afecto:** experimentar un sentimiento positivo hacia el paciente. Desde la perspectiva psicoanalítica, el abordaje y análisis de la transferencia y contratransferencia.
- **Cognición:** tener la capacidad intelectual y técnica de identificar lo esencial para el bienestar del paciente.
- **Volición:** se refleja en el compromiso interno para movilizar los recursos personales y técnicos que aseguren el bienestar del paciente.
- **Imaginación:** emplear creativamente los recursos personales para relacionarse empáticamente con el paciente y entender su situación existencial particular, así como sus necesidades vitales.
- **Motivación:** corresponde al flujo de energía aplicado al acto de cuidar, refleja el altruismo en el ejercicio de la profesión y el deseo de actuar en consecuencia.
- **Expresión:** consiste en la habilidad para demostrar genuinamente la intención de ayuda mediante el uso de la estrategia de comunicación verbal y no verbal.

La ética del cuidado reflexiona sobre los conflictos entre responsabilidades. Su ámbito de acción es predominantemente el área de la salud, aunque no excluye su aplicación en todas las áreas que trabajan por el bienestar de las personas. Si bien surge a partir de observaciones respecto de los estilos femenino y masculino de abordaje de los conflictos éticos, logra superar la condición de género. La creación de confianza, la sensibilidad respecto del dolor del otro y la comunicación empática no son condiciones exclusivas de un sexo u otro, más bien reflejan pautas de reflexión y aprendizaje en las relaciones interpersonales.

Ética del cuidado y salud sexual

En el reporte de consulta técnica de 2002, coordinado por la Organización Mundial de la Salud, se define "salud sexual" como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es solamente la ausencia de enfermedad. La salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación

y violencia. Para que se alcance y mantenga la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos" (8).

La anterior definición se apoya en el trabajo adelantado desde la Asociación Mundial de Sexología sobre los derechos sexuales como derechos humanos, fundamentales y universales. Su declaración se produjo en el marco del Congreso Mundial de Sexología, realizado en Valencia (España) en 1997. Posteriormente, fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, durante el Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong, República Popular China. Los derechos sexuales emanados de esta reunión son:

- **Derecho a la libertad sexual.** Implica la plena expresión del potencial sexual individual y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier fase del ciclo vital.
- **Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.** Incluye la toma de decisiones autónomas sobre la vida sexual en el contexto de la ética personal y social, así como la capacidad de control y disfrute corporal sin tortura, mutilación o cualquier otra amenaza de daño.
- **Derecho a la privacidad sexual.**
- **Derecho a la equidad sexual.** Se refiere al rechazo a cualquier forma de discriminación derivada del sexo, el género, la orientación sexual, la edad, la raza, la clase social, religión o limitación física o mental.
- **Derecho al placer sexual.** Alude a la obtención del placer al compartir la actividad sexual o mediante la autoestimulación.
- **Derecho a la expresión sexual emocional.** Toda persona tiene derecho a manifestar su sexualidad en la comunicación verbal y no verbal, el contacto, la expresión afectiva y la vinculación amorosa.
- **Derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de establecer relaciones, casarse, divorciarse y otras asociaciones sexuales.
- **Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Involucra el derecho a tener hijos o no, su espaciamiento en el tiempo y la regulación de la fecundidad.
- **Derecho a la información basada en el conocimiento científico.**
- **Derecho a la educación sexual integral.** Comprende tanto la esfera familiar, como la escolar y la social.

- *Derecho a la atención de la salud sexual.* Incluye la accesibilidad a servicios de salud idóneos para la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos sexuales.

Los países de América Latina y el Caribe han presentado cifras preocupantes respecto de la prevalencia de violencia sexual, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Esto refleja, en último término, la necesidad generalizada de información y educación en sexualidad. También alude a la escasa importancia dada a la salud sexual como elemento constitutivo del bienestar general. La inequidad en el acceso a los servicios de salud hace que muchas niñas y mujeres no pueden obtener la atención que requieren para cuidar y recuperar su salud sexual. También, las limitaciones en actitudes y aptitudes del personal de salud hacen que no se genere una relación empática, necesaria en este proceso una vez que se han superado los problemas en el acceso. La situación de mujeres que son víctimas de violencia sexual pero que, al solicitar atención y “cuidado” en las instituciones de salud, no encuentran la respuesta adecuada hace que se reproduzca el ciclo crónico de agresión.

La ética del cuidado exige una condición básica de idoneidad y competencia técnica. Todavía se requiere que el personal de salud, en todas las áreas, asimile el cuerpo teórico y práctico que implica la promoción de la salud sexual. El desconocimiento de los derechos sexuales provoca un cumplimiento limitado. Asimismo, las comunidades que desconocen sus garantías en el ejercicio sano y placentero de la actividad sexual no se movilizan para obtener educación y otros recursos que les ayudarían a superar la brecha de inequidad en salud.

Las estructuras culturales y religiosas –rígidas e intolerantes con el placer sexual– retardan el cambio de registro respecto de la sexualidad. La salud sexual demanda la superación de mitos y creencias infundadas, tan comunes en las comunidades latinoamericanas. El problema suele tornarse más complejo cuando el mismo personal de salud se encarga de difundir y perpetuar visiones distorsionadas con relación a la experiencia sexual.

Pocos terrenos en la ciencia médica suelen tener tantas tensiones éticas como los relativos a la salud sexual y reproductiva. En los países de América Latina se encuentran, además, marcadas polarizaciones sociales

respecto de temas como el aborto, la anticoncepción de emergencia (también llamada “píldora del día después”), los derechos de las personas homosexuales, el uso del condón y las estrategias para la educación sexual, por sólo mencionar algunos. ¿Qué entrenamiento ha tenido el personal de salud para resolver estas situaciones en el contexto de la atención directa? Los usuarios pueden estar convencidos de tener un derecho sexual y, al ingresar a la atención en salud, éste no es percibido como tal.

La actitud del profesional de salud es fundamental como estrategia para la difusión de los derechos sexuales y, en última instancia, para la promoción de la salud mental. Si se plantea como meta terapéutica la estructuración de la mutua confianza, como lo propone la ética del cuidado, es más probable y confiable la identificación de prácticas sexuales de riesgo y la transmisión de valores respecto del ejercicio responsable de la sexualidad.

El médico o enfermera que muestran actitud de escucha, compromiso de acción y solidaridad con el sufrimiento de sus pacientes, fomentarán la ejecución de hábitos saludables de vida. Esto debe partir no sólo desde un deber técnico relacionado con la profesión, sino desde el compromiso vital de la relación vinculante que se da entre un cuidador y su paciente. La marcada vulnerabilidad sexual de muchas adolescentes latinoamericanas puede ser aminorada si encuentran criterios claros de ayuda en las instituciones de salud. La consolidación de la cultura de la prevención en salud sexual requiere que la transmisión de los conocimientos se haga en un contexto que incluya el trato humano digno, el respeto a los valores individuales y la opción de hablar abiertamente de la sexualidad sin temor a ser sancionado o puesto en ridículo.

El interés de los usuarios por abordar sus problemas sexuales puede verse truncado si se encuentran actitudes de rechazo en el personal de salud. Estas manifestaciones recorren un espectro amplio: van desde la negación directa a cualquier mención de lo sexual hasta expresiones sutiles de sanción cuando se alega falta de tiempo. La ética del cuidado insiste en la calidad de la comunicación terapéutica: los mensajes no verbales de rechazo e, incluso, la ausencia de contacto visual también son experimentados como una sanción cuando se intenta hablar acerca de lo sexual.

Faltan estudios que analicen cómo los médicos latinoamericanos abordan las dificultades en salud sexual de

sus pacientes a partir de su visión personal del asunto. La formación en sexología clínica implica una reflexión sobre el propio ejercicio de la sexualidad. En tal sentido, la ética del cuidado obliga a un conocimiento interior de las carencias y logros que el profesional, como ser sexual, tiene en su propia vida personal. La reflexión propuesta supera el enfoque de género: hombres y mujeres tienen por igual el compromiso de analizar cómo su propia vivencia sexual influye en la posibilidad de dar información, orientación y atención médica.

Por otro lado, los alcances técnicos en la educación sexológica suscitan la pregunta respecto de los estándares de formación en las universidades. Un profesional de la salud con una educación adecuada en lo sexual se

sentirá con mayor confianza para iniciar el abordaje y remitir al especialista cuando lo considere pertinente. Desgraciadamente, el nivel de formación sexológica de los profesionales de la salud en Latinoamérica suele ser bajo.

Finalmente, conviene insistir en las múltiples opciones que puede ofrecer la reflexión desde la ética del cuidado para la promoción de la salud sexual y reproductiva. La humanización del trato a partir de la construcción de una relación empática posibilita la ejecución del arte médico como una experiencia que trasciende lo asistencial y consolida el carácter esencialmente humano de la medicina.

Referencias

1. Gracia D. *Ética de los confines de la vida*. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
2. May R. *Love and Hill*. New York: W.W. Norton; 1969.
3. Erikson E. *The Life Cycle Completed: A Review*. New York: W.W. Norton; 1982.
4. Reich WT. (Ed). *Encyclopedia of Bioethics*. Vol. 1. New York: Macmillan; 1995.
5. Bylund CL, Makoul G. Empatic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 207-216.
6. Mathiasen H. Empathy and Simpathy: Voices from Literatura. *Am J Cardiol* 2006; 97: 1789-1790.
7. Gilligan C. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women 's Development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1982.
8. World Health Organization. *Gender and reproductive rights*. (Sitio en Internet) Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html Consultada el 26 de junio de 2007.

Recibido: 18 de julio de 2007.

Aceptado: 07 de agosto de 2007.

EL CONSEJO GENÉTICO DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA PERSONALISTA

Alejandra Gajardo Ugás*

Resumen: Las enfermedades de origen genético causan en la actualidad cerca de un 34% de los decesos en los menores de un año. El conocimiento obtenido desde el inicio del Proyecto Genoma Humano ha facilitado herramientas sobre cómo prevenir las y curarlas. Entre aquéllas se incluye el consejo genético, que debe proporcionar las bases para una decisión informada sobre la gestación de un niño.

Estas nuevas tecnologías imponen situaciones éticas cada vez más complejas y cotidianas. ¿Qué hacer con la información que se obtiene? ¿Puede usarse para curar enfermedades genéticas? ¿Cómo promover y cautelar el empleo ético de esta información?

En este artículo se presentan las bases del consejo genético y sus implicancias éticas desde una perspectiva personalista.

Palabras clave: bioética, consejo genético, personalista

GENETIC COUNSELING THROUGH A PERSONALIZED BIOETHICS PERSPECTIVE

Abstract: Diseases of genetic origin presently cause around 34% of the deaths of minors under a year old. The knowledge obtained since the Human Genome Project begun has provided tools for prevention and cure. Among them genetic counseling is included, which must provide the basis for an informed decision over child gestation.

These new technologies imply more and more usual and complex ethical issues. What to do with the information obtained? May it be used to cure genetic diseases? How to promote and assure this information's ethical practice?

The basis for genetic counseling and its ethical implications are presented here under a personalized perspective.

Key words: Bioethics, genetic counseling, personalized perspective

O ACONSELHAMENTO GENÉTICO A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA PERSONALISTA

Resumo: As enfermidades de origem genética causam na atualidade cerca de 34% de mortes em menos de um ano. O conhecimento obtido desde o início do Projeto Genoma Humano, nos forneceu ferramentas a respeito de como prevenilas e curá-las. Entres outras se inclui o aconselhamento genético, que deve fornecer as bases para uma decisão informada a respeito da gestação de um bebê.

Estas novas tecnologias trazem situações éticas cada vez mais complexas e corriqueiras. O que fazer com a informação que se obtêm? Pode-se usar para curar enfermidades genéticas? Como promover e com cuidado e cautela a respeito da utilização ética desta informação.

Neste artigo são apresentadas as bases do Aconselhamento Genético e suas implicações éticas a partir de uma perspectiva personalista.

Palavras-chave: bioética, aconselhamento genético, personalista

* Enfermera. Directora de la Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Chile
Correspondencia: agajardo@santotomas.cl

Introducción

La mortalidad infantil se ha reducido más de diez veces en Chile entre 1960 y 2001: desde 120 a 8,3 por 1.000 nacidos vivos. Las causas de muerte también han cambiado: mientras durante los años 60 y 70 las muertes en menores de un año se producían fundamentalmente por enfermedades infecciosas asociadas a desnutrición, a partir de los 80 comienzan a adquirir importancia las afecciones del período perinatal, especialmente asociadas al bajo peso al nacer, malformaciones congénitas –en particular las patologías congénitas del sistema cardiovascular– y las cromosomopatías. Estas últimas, que originaban un 23% de las muertes en menores de un año en 1990, produjeron un 34% de los decesos en esta franja etaria durante 2000(1).

El conocimiento obtenido desde el inicio del Proyecto Genoma Humano ha entregado herramientas jamás soñadas por los investigadores acerca de cómo prevenir y curar enfermedades hereditarias que causan al menos un tercio de la mortalidad infantil. Junto con ello, sin embargo, este nuevo conocimiento desencadena una compleja discusión ética en la que se involucran diversos estamentos. ¿Qué hacer con la información obtenida? ¿Puede usarse para curar enfermedades genéticas? ¿Cómo promover y cautelar el empleo ético de esta información?

La llamada “medicina genómica” ha desarrollado pruebas diagnósticas que permiten conocer la constitución genética de una persona, con el fin de pronosticar, diagnosticar y prevenir el desarrollo de enfermedades; estas pruebas se pueden aplicar para el estudio prenatal y embrionario preimplantacional. Si se integran al cuidado de la salud en forma éticamente aceptable y con un adecuado respeto a los valores morales y culturales, el incremento de beneficios diagnósticos, terapéuticos y preventivos de enfermedades genéticas humanas debería ser importante. En la aplicación de estas pruebas, con enorme potencial en la promoción y preservación de la salud individual, familiar y comunitaria, desempeña una función fundamental el consejo genético(2).

El consejo genético

Los recientes avances en la comprensión de los genes y su herencia han conducido a rápidos cambios en la práctica, con renovadas aproximaciones a las enfermedades genéticas, a través de la introducción

de una panoplia de nuevas técnicas basadas en los referidos progresos, cuya interfaz con los pacientes se realiza en forma preponderante a través del consejo genético. Esto es también verdadero para la variedad de situaciones derivadas del extenso uso actual de los procedimientos de asistencia reproductiva, en los que la obtención de información y su traspaso eficaz al paciente a menudo excede el campo de la eventual patología genética, transformando a esa consejería en ineludible necesidad.

El consejo genético se ha desarrollado desde la simple explicación a un individuo o a una pareja sobre el riesgo de engendrar un niño con daño, hasta la posibilidad, en algunos casos, de informar que con una intervención activa pueda aminorarse tal riesgo. Esta educación no se refiere únicamente a las necesidades médicas de manejo de la patología específica sino, también, a los aspectos psicológico, social y, a menudo, hasta financiero de la vida de los pacientes y sus familias(3).

El consejo genético es, por tanto, un proceso de comunicación acerca de los problemas de salud humana asociados con la ocurrencia, o riesgo de ocurrencia, y repetición de un desorden genético familiar. Debe ser proporcionado con imparcialidad, por medio de información clara y adecuada. Ello debe facilitar la comprensión de los aspectos médicos, el modo de herencia y los riesgos de recurrencia, para tomar decisiones razonadas acerca del motivo de consulta y lograr una buena adaptación e integración individual y de conjunto a la enfermedad de uno de los integrantes de la familia(3). Toda esta información debe ser entregada en forma comprensible y objetiva, sin prohibir ni promover, permitiendo que las personas en sus decisiones ejerzan responsablemente su libertad.

Las indicaciones para el consejo genético son, habitualmente, el nacimiento de un niño con malformaciones o retardo mental no explicado, parejas con riesgo específico conocido, edad materna avanzada, exposición a teratógenos, consanguinidad, historia de abortos a repetición, pero la práctica ha ido extendiendo el campo de su aplicación. No es exagerado plantear que, actualmente, todas las mujeres embarazadas y las que planean un embarazo son candidatas potenciales para el consejo genético(4). Es necesario recordar, sin embargo, que la extensión del empleo de las herramientas de caracterización genética a la práctica clínica habitual debe ser regulada, sobre todo porque el desarrollo de respuestas clínicas útiles a los resultados de los exáme-

nes no ha avanzado a ritmo comparable(5). Además, debe tenerse presente que el avance en la investigación genética ha creado la categoría del “asintomáticamente enfermo” para referirse al individuo que está en riesgo de desarrollar en el curso de su existencia, en forma más o menos predecible, una determinada afección, planteando así el dilema de informar de tal riesgo a los familiares del sujeto que podrían, a su vez, estar en la misma situación(6).

Práctica o proceso

Para la práctica correcta del consejo genético es necesario estudiar la historia clínica no sólo de los consultantes sino también de los miembros de la familia; para ello, en muchos casos y dependiendo de la patología que se investigue, puede ser necesario realizar estudios complementarios (bioquímicos, citogenéticos, ecográficos o moleculares) de todos o de algunos de ellos. Ello requiere de consentimiento informado explícito por parte de los involucrados, sobre todo debido al importante riesgo de daño social inherente a sus resultados(5). Con los datos obtenidos se elabora un informe en el que se evalúan los riesgos existentes y las opciones que pueden tomar los solicitantes de este consejo.

El estudio intenta definir cuál será la evolución del defecto de nacimiento o enfermedad por la que se consulta, revisa las opciones de manejo terapéutico, dietético o de rehabilitación y, sobre todo, informa sobre las medidas preventivas que pueden adoptarse.

La información sobre el riesgo de aparición de una determinada patología se evalúa como probabilidad o porcentaje. Luego, es necesario determinar si las cifras obtenidas son significativamente altas o no. Además, es necesario asegurarse de que el consultante comprenda que la probabilidad estadística existe para cada nueva gestación, independientemente de lo que haya sucedido en anteriores embarazos.

Se debe advertir sobre las implicancias que tiene gestar un niño en tal condición, junto con proporcionar información médica sobre la gravedad y tratamiento de la enfermedad, señalando de qué maneras el riesgo puede reducirse.

Los principios éticos del asesoramiento genético incluyen: a) respeto a la dignidad e inteligencia básica de las personas, y a sus decisiones médicas y reproductivas; b) brindar información lo más objetiva posible, evitando

la influencia de los valores personales del profesional sobre el usuario (practicar un asesoramiento no directivo), y c) proteger la privacidad de la información genética frente a intrusiones externas injustificadas (compañías de seguros, empleadores, medios de comunicación, entre otros), recordando que la información mal usada puede tener consecuencias sobre la vida de los afectados tanto o más graves que la enfermedad.

Aspectos bioéticos del consejo genético

El modelo personalista, a mi juicio, recoge lo mejor de la herencia de la reflexión antropológica y ética sobre el tema de la vida y el cuidado de la salud, y ofrece una sólida justificación a los principios éticos, dentro de un marco coherente de concepciones, la persona humana y su bien.

La vida física es un valor fundamental, condición de cualquier otro valor

La vida física, por la que se inicia el itinerario humano en el mundo, no agota en sí misma todo el valor de la persona ni representa el bien supremo del hombre llamado a la eternidad. Sin embargo, en cierto sentido constituye el valor “fundamental”, precisamente porque sobre la vida física se apoyan y se desarrollan todos los demás valores de la persona. La inviolabilidad del derecho a la vida del ser humano inocente “desde el momento de la concepción hasta la muerte” es un signo y una exigencia de la inviolabilidad misma de la persona, a la que el Creador ha concedido el don de la vida(7).

Se puede hablar de valores sólo con referencia al hombre vivo. Sin vida, cualquier razonamiento sobre los valores se hace abstracto y vacío. No obstante, sobre la dignidad de la vida humana, en tanto vida de la persona, se funda el principio de su inviolabilidad, es decir, es éticamente inadmisibles cualquier acto que disponga directamente de una vida humana, tanto propia como de los demás.

Cualquier procedimiento médico que ponga en riesgo la vida humana o que pueda derivar en aborto o selección de embriones por presentar alteraciones genéticas se contraponen a la defensa de la vida. Surge allí el dilema entre la obligación de informar y las consecuencias que, en la apreciación del consejero, tal información pudiera tener.

El respeto a la dignidad de la persona

Es clásica la formulación que Kant ha hecho de este principio: "Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin y nunca únicamente un medio". Se trata de la prohibición de instrumentalizar a la persona; reducirla a un medio es quitarle su rol de sujeto relegándola al de objeto. Este es un principio con una vasta aplicación en bioética. Por sí solo bastaría para el análisis de muchos problemas, por ejemplo, el aborto, la experimentación clínica, la reproducción artificial e, incluso, la posibilidad de engendrar un hijo con el propósito de hacerlo genéticamente compatible con un hermano portador de alguna enfermedad.

Para conferir un fundamento suficiente a este principio basta sólo reconocer que la persona humana se ubica como vértice de toda la realidad en la que vivimos. Contrasta con esta superioridad cualquier comportamiento que implique utilizar a una persona como medio para el servicio de otra cosa. Sin embargo, se obtiene un fundamento claramente más sólido sobre la base de una antropología abierta a la trascendencia y que, por ello, reconoce a la persona una relación única y privilegiada con Dios.

La persona humana, con su razón, es capaz de reconocer tanto esta dignidad profunda y objetiva de su ser como las exigencias éticas que derivan de ella. En otras palabras, el hombre puede leer en sí el valor y las exigencias morales de su dignidad, y esta lectura constituye un descubrimiento a menudo estremecedor y siempre perfectible. Nadie tiene la autoridad para determinar qué vida tiene valor para ser vivida.

Podemos mencionar, por ejemplo, el reconocimiento del estatuto de persona del embrión desde la concepción y, por consiguiente, su derecho absoluto a la vida (no se puede subordinar a condición alguna, ni siquiera a la de ser sano) como primer y fundamental derecho humano. Es inaceptable cualquier comportamiento en relación con el embrión/feto que constituya una instrumentalización, es decir, usarlo como medio para conseguir objetivos extraños a su verdadero bien.

El principio de la libertad-responsabilidad

Este binomio hay que defenderlo de cualquier escisión, so pena de una corrupción de la libertad en arbitrio y libertinaje. Con este principio, que se encuentra cla-

ramente en conexión con el precedente, se afirma que todos los sujetos operantes en el ámbito de la bioética deben respetar, cada uno en sí mismo y en los demás, la dignidad de sujetos que actúan basándose en elecciones conscientes y libres, y representando los valores que se encuentran en juego. Por ejemplo, el médico debe situar al paciente en condiciones de dar un consentimiento consciente y libre a sus propuestas terapéuticas, pero acordando los límites de su legítima libertad de elección, exigiendo que realice lo que mejor salvaguarda su vida y su salud, excluyendo explícitamente que haga elecciones que comprometan esos valores.

En el caso de un resultado infortunado, producto de estudios genéticos, la tarea que se presenta al consejero, por razones éticas y deontológicas, es ayudar a la mujer –o, mejor, a la pareja de padres– a madurar la decisión de acoger al hijo que tendrá una minusvalía, valorando en el mejor de los modos posibles la posibilidad que ofrece el paso posterior a la comunicación del diagnóstico.

Conclusión

El papel de los consejeros genéticos y otros profesionales de la salud debe ser brindar información objetiva, capacitar a los pacientes a tomar decisiones propias y apoyarlos en todos los aspectos necesarios a sus decisiones. Los exámenes genéticos son éticamente justificados cuando responden a una de las siguientes finalidades: a) diagnóstico y clasificación de una enfermedad o de un problema de origen genético, y b) identificación de la existencia de una predisposición hereditaria por una enfermedad, en un momento donde los síntomas no han aparecido, de manera que las complicaciones graves puedan ser atenuadas o impedidas, o el resultado pueda tener una importancia inmediata para el individuo o su planificación familiar.

La bioética está llamada a señalar límites para la aplicación de la ciencia y entregar una respuesta para el manejo de estas situaciones, asegurando con ello que la aplicación de este poder no resulte en transgresiones como, por ejemplo, el aborto selectivo. Las características de todo ser vivo se tienen desde el momento de la fecundación, puesto que no existe solución de continuidad en todo el proceso madurativo; en el desarrollo embrionario no hay quiebres, ni a nivel morfológico, ni funcional, ni molecular, y no es la viabilidad, ni la constitución genética lo que define a un ser humano.

Las mismas consideraciones éticas deben estar presentes ante su empleo por razones “eugenésicas” o, más triviales, por la potencialidad selectiva y discriminatoria de las herramientas de estudio genético.

La velocidad con la que se adquieren nuevos conocimientos y las posibilidades de manipulación del genoma

humano impulsan a que no se descuide la necesidad de reflexionar sobre las consecuencias de la investigación, debiéndose fijar unos límites lo más precisos posibles a su aplicación, salvaguardando la dignidad de la persona humana, que incluye también el respeto a la diversidad con que la vida se manifiesta.

Referencias

1. Szot J. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas: Chile, 1985-2001. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75: 347-354.
2. Santos MJ. Aspectos bioéticos del consejo genético en la era del proyecto del genoma humano. *Acta Bioethica* 2004; 10(2): 191-200.
3. Bennett RL, et al. Genetic counsellors: translating genomic science into clinical practice. *J Clin Invest* 2003; 112: 1274-1279
4. Ciarleglio LJ, et al. Genetic counseling throughout the life cycle. *J Clin Invest* 2003; 111: 1280-1286.
5. Burgess MM, Laberge CM, Knoppers BM. Bioethics for clinicians: 14. Ethics and genetics in medicine. *Can Med Assoc J* 1998; 158: 1309-1313.
6. Surbone A. Genetic medicine: the balance between science and morality. *Annals of Oncology* 2004; 15(Supplement 1): i60-i64.
7. Congregación para la Doctrina de la Fe. *Instrucción Donum Vitae sobre el Respeto de la Vida Humana Naciente y la Dignidad de la Procreación*. 2 de febrero de 1987. (Sitio en Internet) Disponible en http://www.vatican.va/roman_curial_congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html Último acceso en agosto de 2007.

Recibido: 20 de agosto de 2007.

Aceptado: 28 de septiembre de 2007.

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA HUMANA Y LEGISLACIÓN ARGENTINA: ASPECTOS BIOMÉDICOS, JURÍDICOS Y ÉTICOS

Sergio Cecchetto*, Patricia Urbandt** y María Carla Bostianc***

Resumen: El Congreso argentino dictó recientemente la Ley 26.130-2006 sobre el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica de varones y mujeres. Este documento revisa esta situación legislativa de este capítulo del ejercicio de la medicina en Argentina y el mundo y plantea observaciones críticas sobre su articulado, resaltando el derecho de las personas al acceso a otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos; la conveniencia de que la pareja sexual del interesado conozca la decisión elegida; la necesidad de que se verifique la capacidad y la competencia de los candidatos, previo a la intervención quirúrgica por parte de un equipo profesional interdisciplinario; el deber de regular la situación por la que atraviesan las personas judicialmente incapacitadas; la oportunidad de fijar un tiempo prudente entre la información recibida y el consentimiento otorgado por el paciente; la obligación de que la esterilización no resulte la única práctica médica costeadada por el sistema público de salud, las organizaciones de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, y sobre el alcance y la naturaleza de una objeción de conciencia que atienda a las circunstancias particulares de cada caso concreto.

Palabras clave: esterilización humana, legislación, bioética, Argentina

HUMAN STERILIZATION SURGERY AND ARGENTINIAN LAW: BIOMEDICAL, LEGAL AND ETHICAL ASPECTS

Abstract: Argentine's congress recently dictated the 26.130-2006 law about the procedure for sterilization surgery interventions in men and women. This work offers a review of the legal situation in Argentine and in the world. It points out critical observations to its items, highlighting the right to access to other non surgical contraceptive methods; the advisability for the interested sexual partner to know which decision was taken; the need to determine the competence of candidates prior to surgical intervention stated by an interdisciplinary professional team; the duty to regulate the special situation of legally incompetent persons; the importance of establishing an adequate time between the information and the patient's consent; to prevent sterilization to become the only medical practice paid by the public health system, social security organizations and prepaid medical entities; and to be careful about the reach and nature of conscientious objection in each specific circumstance.

Key words: Human sterilization, legislation, bioethics, Argentine

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA HUMANA E A LEGISLAÇÃO ARGENTINA: ASPECTOS BIOMÉDICOS, JURÍDICOS E ÉTICOS

Resumo: O Congresso Argentino aprovou recentemente a Lei no. 26.130-2006 a respeito das intervenções de contracepção cirúrgicas de homens e mulheres. Este trabalho oferece uma revisão d situação legislativa deste capítulo do exercício da medicina na Argentina e no mundo, apresentando os antecedentes das províncias e a recente lei nacional. Levanta observações críticas sobre seu conteúdo, ressaltando o direito das pessoas ao acesso a outros métodos anticoncepcionais não cirúrgicos; a conveniência de que o casal sexual do interessado conheça a decisão eleita; a necessidade de que se verifique a capacidade e a competência dos candidatos, antes da intervenção cirúrgica por parte de uma equipe profissional interdisciplinar; o dever de regular a situação especial que atravessam as pessoas judicialmente incapacitadas; a oportunidade de fixar um tempo prudente entre a informação recebida e o consentimento outorgado pelo paciente; a obrigação ode que a esterilização não resulte como a única prática médica custeada pelo sistema pública de saúde, as organizações de seguro social e as entidades de medicina de grupo e sobre o alcance e a natureza de uma objeção de consciência que atenda às circunstâncias particulares de cada caso concreto.

Palavras chave: esterilização humana, legislação, bioética, Argentina

* Doctor en Filosofía. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

** Médico. Comité de Bioética de los Hospitales Interzonales General de Agudos "Dr. Oscar Alende" y Especializado Materno-Infantil "Victorio Teta-manti", Mar del Plata, Argentina

*** Abogada. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina
Correspondencia: scypu@infovia.com.ar

La situación jurídica de la esterilización en Argentina y el mundo

Desde 1945, declaraciones internacionales, legislación, jurisprudencia, decretos gubernamentales, reglamentaciones y normas ministeriales han afectado directamente las políticas sanitarias en materia de anticoncepción, aborto, enfermedades de transmisión sexual y esterilización humana, forzada o electiva, en cualquier parte del mundo. El ordenamiento legal resultante no ha considerado, en términos generales, las prácticas médicas esterilizantes y permanentes en el varón o la mujer como asunto punible. En algunos países, sin embargo, algunas disposiciones generales del derecho penal recogen consideraciones que podrían hacerse valer para juzgar tales prácticas como delitos. Por ejemplo, las legislaciones que echan mano de los sistemas consuetudinarios anglosajones suelen hablar de la esterilización permanente voluntaria como una forma particular de causarse un “daño corporal serio”, de “agredirse” o “mutilarse criminalmente”; otras legislaciones influidas por el derecho civil francés se expresan en términos de “lesiones y heridas intencionales” orientadas a la mutilación, la amputación y privación de un miembro (...) u otra lesión permanente¹. Estas ilustraciones de corte restrictivo han encontrado acogida en otros países centro y sudamericanos; sin embargo, la tendencia mundial es reemplazar las leyes limitativas por otras más abiertas y flexibles.

La confusión reinante respecto de la práctica en algunos países reside en la importancia concedida a la legislación penal en desmedro de ciertas leyes generales que rigen el desempeño de las profesiones médicas y demás actividades afines. Dos remedios se han propuesto para eludir estas dificultades: recurrir en cada oportunidad concreta a la justicia para elucidar la licitud o ilicitud del procedimiento, o promulgar leyes específicas que se ocupen a fondo de la temática, enumerando condiciones previas que los prestadores y los peticionantes deben cumplir. Con este último propósito, varios Estados introdujeron reformas en sus ordenamientos legales.

Las modificaciones registradas son de cuatro tipos: a) diseño de estatutos, reglamentaciones ministeriales, decisiones judiciales o decretos presidenciales, para permitir las prácticas con propósito de planificación familiar; b) ante la inexistencia de expresas normas

jurídicas restrictivas, se reconoce a la esterilización permanente como una práctica legal; c) se la denuncia como procedimiento punible si persigue una finalidad anticonceptiva o de planificación familiar, pero se la tolera si responde a razones terapéuticas o médicas o de salud; y d) no se explicita la legalidad de la esterilización permanente voluntaria(1).

Importa conocer ahora cuál es el actual panorama legal argentino respecto de la esterilización humana y cómo han influido en él las posiciones internacionales.

El Código Penal argentino, luego de establecer que comete un delito de lesiones aquel “...que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de este código” (artículo 89), califica como delito de lesiones gravísimas a las acciones que tienen como resultado la “pérdida de la capacidad de engendrar o concebir” (artículo 91). La discusión resulta así saldada por medio de una prohibición absoluta para que los médicos realicen este tipo de intervenciones.

Sobre otra órbita se movía hasta hace muy poco el Título II, Cap. I, artículo 20, inciso 18 de la Ley Nacional 17.132, que regulaba el ejercicio de la medicina y profesiones afines –con potestad sobre Capital Federal y ámbitos sometidos a jurisdicción nacional–, el cual impedía las intervenciones esterilizantes sin una indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos tendientes a conservar los órganos reproductores. En su artículo 19, la misma ley especificaba que los profesionales de la medicina estaban obligados a “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse (...). En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o la alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz” (inciso 3). Es decir, la esterilización permanente sólo constituía delito cuando se realizaba sin fines terapéuticos, cuando la salud no reclamaba de manera imperativa y el cuerpo profesional determinaba cuáles eran esos casos excepcionales en los que se podía y debía intervenir. Pero, como la ley protege la integridad del paciente y su plena potestad para impedir una injerencia indebida, debía ser él mismo quien autorizara finalmente la práctica. Algunos pasajes del Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires rebajaban también la prohibición establecida en el Código Penal,

¹ Esto no se aplica a las esterilizaciones permanentes ocasionadas por motivos terapéuticos.

pues, de existir una indicación médica adecuada y contando con el consentimiento informado del solicitante o de su representante, el equipo podía realizar la práctica. La ausencia de disposiciones específicas en muchos territorios del país hasta 2006, permitió que algunos se valieron de esta normativa para utilizarla por analogía en su propia área geográfica.

Ambas posiciones, la restrictiva del Código Penal o la más permisiva de la Ley 17.132 y del Código de Ética Médica bonaerense, mantienen un aire de familia, por cuanto sostienen una idea de indisponibilidad del cuerpo propio como telón de fondo de todas sus elucubraciones; en consecuencia, también consideran indisponibles a ciertos derechos y anotan alguna excepción exculpatoria (por ejemplo, la situación terapéutica o las condiciones de salud). Tanto la integridad física o corporal como la capacidad reproductiva entraban dentro de este rubro que debía ser protegido de manera absoluta, incluso contra la propia voluntad de los individuos afectados. Tales derechos indisponibles son ejercidos y disfrutados por el individuo; también él puede reclamar por su defensa, pero no en cambio atentar contra ellos so pena de caer en la indignidad. Esta dogmática clásica fue atacada en los últimos diez años con argumentos que van desde la denuncia del Estado como ente regulador de la vida personal, hasta su identificación como figura paternalista o, en su lugar, perfeccionista.

Aquellos que avalaron la versión más permisiva se preocuparon por saber si la indicación médica precisa y el consentimiento exigido bastaban por sí solos para desligar a los profesionales actuantes de una eventual responsabilidad futura por daños. En este punto, la doctrina y la jurisprudencia se dividían. Un primer grupo entendía que sobre el cuerpo propio cada persona es soberana (artículos 19 y 75, inciso 22 de la Constitución Nacional argentina). El límite de la autonomía personal en estos asuntos se presenta cuando se le infringe un daño a terceros, y la esterilización –según su entender– era una conducta autorreferente que atendía apenas a una idea personal de lo que es la excelencia y los ideales de vida buena. No era el Estado liberal, en cualquier caso, el que debía imponer ciertas valoraciones y jerarquías entre ideales de perfección (por ejemplo, la integridad y la salud por encima de la procreación, o viceversa), los cuales restringían la

autorregulación de las personas. Un segundo grupo entendía útil la solicitud de una venia o autorización judicial previa a la instrumentación de la cirugía de esterilización, pues juzgaban la intromisión como asunto legítimo en tanto ésta quedaba limitada al reaseguro del peticionante y convalidaba y homologaba judicialmente lo ya acordado entre profesionales y candidatos a la cirugía. Esta pretensión ocasionó, a su vez, otro debate entre los juristas, porque se debió establecer si la justicia podía y debía entrometerse en cuestiones de estricto orden biomédico para disponer, autorizar u ordenar determinadas prácticas sobre las cuales no cuenta con competencia cognitiva alguna.

Sin embargo, sólo algunas de las solicitudes de esterilización permanente que recibían los efectores de salud respondían a una indicación terapéutica perfectamente determinada(2). Muchas otras incorporaban cuestiones psicológicas y componentes sociales que no podían subsumirse con facilidad dentro de una indicación médica estricta. Cuando estos requerimientos llegaban a los juzgados, frecuentemente por vía de amparo, cabía la posibilidad de que los magistrados se excusaran y desestimaran su participación en el asunto por motivos meramente formales, sin llegar a analizar la situación de fondo. La acción de amparo, pensaban, no se erige para lograr autorizaciones en favor de los pacientes ni de los facultativos, sino para que el juez conozca actos u omisiones que afectan derechos constitucionales reconocidos (ver Ley 7166 y Constitución de la Provincia de Buenos Aires, entre otras). Como resultado de ello, si existía indicación médica (lo que sea que se entienda por tal), los profesionales podían realizar dicha práctica sin necesidad de algún aval judicial extraordinario; en caso contrario, si esa indicación no existía, se incursionaba en el terreno de lo delictuoso y en esas circunstancias huelgan los oficios de un juez. Otros magistrados adoptaron una posición diferente: entendieron que la salud y el concepto médico de indicación podrían sufrir una ampliación que los llevara a abarcar no sólo aspectos biológicos físicos, sino también las esferas psicológica y social. Por tanto, al consentimiento informado del candidato y a la indicación médica ampliada –recogiendo información psicológica y social– había de sumárseles una venia judicial, con el fin de extremar el celo en resguardo de los intereses legítimos de los peticionantes y de la responsabilidad profesional de los expertos que intervendrían en la cirugía.

Legislación provincial y nacional en Argentina

Esta diferencia de criterios en el área de la justicia repercutió negativamente en los equipos médicos. Ellos, casi sin excepción, consideraron a la esterilización humana permanente una materia riesgosa a la que resultaba conveniente no aproximarse. La vía legislativa fue la elegida en el último lustro en diversas provincias argentinas para disipar temores: Río Negro (Ley 3450-2000), Tierra del Fuego (Ley 533-2001), Chubut (Ley 4950-2002), Neuquén (Ley 2431-2003), La Pampa (Ley 2079-2003), Santa Fe (Ley 12323-2004), Chaco (Ley 5409-2004) y Mendoza (Ley 7456-2005). Todos estos territorios legislaron sobre la esterilización humana argumentando que no existían razones para limitar las libertades individuales (incluyendo la plena disposición del cuerpo propio en relación con la reproducción y los planes de vida personales y autorreferentes). Quedaba en entredicho, sin embargo, la competencia para legislar provincialmente sobre esta materia, por cuanto la permisibilidad de la esterilización permanente involucra, de suyo, una cuestión de fondo, objeto del Derecho Civil y, por tanto, competencia del Congreso de la Nación.

Un amplio movimiento social acompañó la redacción de cada una de esas normativas; no obstante, en líneas generales, en todas ellas se sobrepasó el marco dentro del cual se habían estado desarrollando los debates sobre salud reproductiva en el país. Los partidarios de la licitud de las intervenciones quirúrgicas esterilizantes en seres humanos se valieron de distintas justificaciones o situaciones de excepción para aceptar la práctica, pero no reconocieron sin más la libertad humana de disponer del cuerpo propio en función de un plan de vida personal y a la autonomía por encima de todo otro valor en juego. La intervención quirúrgica esterilizante podía realizarse –según el entendimiento de la mayoría– sólo cuando mediaba una justificación terapéutica, en razón de una imposibilidad de la mujer para tolerar un parto o por estrictos motivos de salud determinados por la esfera médica para la mujer o para el varón.

La jurisprudencia nacional, más audaz en este terreno, buscaba siempre establecer una indicación terapéutica certera como coartada para acceder a los deseos de los solicitantes, o bien echaba mano de una noción ampliada de salud para hacerlo. Ambos caminos suponían una visión ética perfeccionista –por cuanto imponían

a los individuos ciertos valores o ideales hasta el punto de limitar su autodeterminación– o, al menos, una visión ética jurídico-paternalista, de carácter débil, pues decidían por los individuos qué era lo más conveniente para ellos y los protegían de sus “malas” decisiones. En ambos supuestos, el cuerpo propio permanecía siendo un bien indisponible e igualmente sucedía con la salud, bien contra el cual no se podía atentar a menos que se esgrimiera que la beneficiada final sería la salud misma. A la vez, eran terceras personas, independientes del beneficiario directo, las que determinaban cuándo el caso ameritaba una solución excepcional. Si el interesado directo era capaz de convencer con razones a juntas de expertos en cuestiones médicas, bioéticas y jurídicas, entonces podía ser habilitado para disponer de su función generativa; en caso contrario, su posibilidad de ejercer soberanía sobre su propio cuerpo se disipaba⁽³⁾.

Los textos legales de las provincias citadas excedieron estas disputas y no repararon en sutilezas para, conservando la posición doctrinaria de la indisponibilidad corporal, permitir aquello que en principio se consideraba prohibido. Adoptaron la perspectiva más extrema y defendieron las prácticas esterilizantes desde el punto de vista de los derechos reproductivos y sexuales, adoptando una orientación claramente autonomista en la cual la disposición del cuerpo propio no estaba interdicta (señalamos aquí tan sólo las tendencias dominantes)⁽⁴⁾.

Este proceso estuvo acompañado por otros fenómenos poco valiosos. Por ejemplo, se popularizó el turismo de remodelación sexual, desde regiones sin legislación hacia las provincias mencionadas, buscando satisfacción para las demandas más íntimas. ¿Podrían saldarse desigualdades de este tenor y homogeneizar los textos de leyes provinciales muy diversas legislando una norma para todos? Este expediente se consagró en agosto de 2006, cuando se sancionó la Ley Nacional 26.130 sobre el “Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica”, aprobada por el Congreso de la Nación Argentina². A continuación, revisaremos su articulado, subrayando algunas deficiencias y señalando aspectos que deberían ser incluidos en una pronta reglamentación.

2 En un anexo se reproduce la Ley 26130-2006 y el Decreto 1110-2006 respectivo.

Ley argentina de contracepción quirúrgica humana: consideraciones de aplicabilidad

El primer artículo de la ley consagra el derecho de toda persona mayor de edad a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema estatal y privado de salud. El motivo alegado es netamente contraceptivo, quedando de lado cualquier motivación terapéutica para justificar la elección del interesado por el método quirúrgico permanente. La actual legislación se apoya en una visión más moderna y acorde con la tendencia dominante en el plano mundial.

El segundo artículo establece tres requisitos necesarios para que una persona pueda solicitar para sí la práctica de contracepción quirúrgica: mayoría de edad, capacidad y consentimiento informado. Además, aclara que no será necesario solicitar el consentimiento del cónyuge o conviviente ni una autorización judicial.

Resulta acertado hacer coincidir la edad mínima de los peticionantes con el momento en que se alcanza la mayoría de edad para la legislación argentina (21 años), desechando una posible esterilización de menores de edad.

Sería deseable que la futura reglamentación tomara en consideración no sólo la capacidad jurídica del peticionante sino también su competencia moral, la forma madura en que participa del proceso de toma de decisiones médicas y ejerce genuinamente su autonomía (la escala de valores que fundamentan su opción, su habilidad para comprender y comunicar información, su capacidad para razonar y discutir acerca de la elección realizada y de los caminos alternativos disponibles, entre otros aspectos).

A nuestro parecer, sigue siendo conveniente informar a la pareja estable del solicitante sobre la decisión del compañero, al solo efecto de que tome conocimiento de la práctica y de sus consecuencias previsibles, pues se verá alterado su proyecto de vida familiar.

La no exigencia de una autorización o venia judicial que habilite la concreción de estos actos médicos esterilizantes constituye quizás el aporte más significativo de la ley. Por mucho tiempo, y a causa de una normativa legal insuficiente, poco clara y poblada de términos imprecisos, tuvo lugar una creciente judicialización de la relación médico-paciente para la realización de

esterilizaciones humanas en Argentina. Este procedimiento, que se volvió habitual, perjudicó al solicitante de la intervención, al médico encargado de realizarla y al propio aparato jurisdiccional.

El tercer artículo de la Ley está dedicado a la situación de las personas declaradas judicialmente incapaces (donde la voluntad puede estar ausente), en cuyo caso torna requisito ineludible la autorización judicial solicitada por su representante legal antes de proceder a cualquier tipo de esterilización. Sabio recaudo procesal que opera como garantía contra abusos, a los que, de seguro, la reglamentación de la norma sumará otros: ¿qué jueces serán competentes para autorizar la esterilización? ¿Quién representará al incapaz en el proceso? ¿Cuáles son los plazos para la práctica de las actuaciones judiciales? ¿Cómo opera la resolución del procedimiento y cuáles son los medios de impugnación (recursos)? Son todos ellos requisitos de tipo procesal o procedimental.

Ahora bien, ¿qué ocurre con otros requisitos sustantivos? ¿Qué trámite se seguirá con una persona incapaz de hecho –es decir, que carece de capacidad natural de juicio o que tiene sus facultades mentales disminuidas–, que no cuenta con una declaración judicial de incapacidad pero que solicita la práctica biomédica para sí? ¿La norma se refiere a personas que adolecen de graves deficiencias psíquicas o también el legislador pensó en las deficiencias mentales leves y moderadas, e incluso en deficiencias de carácter físico que también pueden llevar a una incapacitación? ¿Cuál es el criterio de actuación que se debe privilegiar: el mayor beneficio o mejor interés y bienestar del incapaz o bien distintas consideraciones de orden económico, social y político, en atención al mundo adulto y sano? ¿Será necesario recurrir al dictamen de uno o más especialistas para constatar la existencia de aquella deficiencia alegada y la determinación de su gravedad, su permanencia e irreversibilidad, la comprensión del significado de la sexualidad y de la procreación y la capacidad para desempeñar correctamente la maternidad/paternidad por parte del presunto beneficiario, así como de la oportunidad de adoptar la medida esterilizadora y de sus consecuencias antes de formarse una decisión judicial? ¿Merecerá el beneficiario de la medida una exploración previa por parte del juez que intervenga en el caso, tendiente a valorar la apreciación y entendimiento, las capacidades cognitivas remanentes, la voluntad real y el verdadero consentimiento del incapaz, más allá de la

aportación teórica de los dictámenes o de la audiencia preliminar? La legislación mencionada resulta pobre para responder a estos interrogantes básicos, puesto que ni siquiera los ha considerado(5).

El cuarto artículo se refiere a recaudos que acompañan al consentimiento informado y determina que el profesional médico interviniente, en forma individual o junto con un equipo interdisciplinario, debe informar a la persona que solicite la práctica sobre una serie de cuestiones atinentes a la intervención misma (naturaleza e implicancias sobre la salud, alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, características de la operación, posibilidades de reversión, riesgos y consecuencias, entre otros). Asimismo, estipula que deberá dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información en términos comprensibles, y solicita que la persona conforme el proceso con su firma.

Con el avance de las técnicas microquirúrgicas, la esterilización humana se ha convertido en práctica de efectos permanentes con un grado estrecho de reversibilidad, condicionado por la técnica empleada en el quirófano (los conductos pueden ser cortados o seccionados, atados, cauterizados u obstruidos) y el tiempo transcurrido entre la intervención contraceptiva y la nueva cirugía de recanalización, por el estado de salud de los órganos reproductores del paciente y por su edad(6). Cuando se utilizan técnicas quirúrgicas modernas, la posibilidad de una reversión de la práctica con cierto grado de éxito es ocasional y nunca alcanza a la totalidad de los pacientes intervenidos. Y aunque pueda lograrse una exitosa recanalización o repermeabilización de sus conductos, ello no significa una futura concepción por vía natural. La realización de una intervención quirúrgica para recanalizar no es actualmente solventada por el Estado ni por las obras sociales o prepagas, y puede concluirse que la nueva ley tampoco ampara este tipo de cirugías reparadoras.

Este artículo alude también a la persona que suministrará información de calidad al sujeto interesado en la práctica. Según se expresa, el que lo haga será el profesional médico interviniente, ya sea en forma individual "o" juntamente con un equipo interdisciplinario. A nuestro entender, no parece adecuado que un solo profesional realice todo el proceso informativo, pues la íntima decisión acerca de la esterilización permanente implica una opción personalísima que no se reduce a la esfera médica, sino que involucra también otros

aspectos sociales, culturales, emocionales, religiosos y psicológicos. En consecuencia, proponemos que el aporte interdisciplinario –conformado por profesionales de distintas áreas (médicos, psicólogos, trabajadores sociales)– no sea una mera posibilidad discrecional, sino que en todos los casos se asesore al paciente en forma colectiva –como parte de un proceso dialógico e intersubjetivamente mediado– y se evalúe la firmeza de la decisión tomada.

Queda establecido en la ley que el consentimiento informado del paciente debe ser otorgado previamente a la intervención quirúrgica; sin embargo, no se menciona un plazo temporal mínimo de antelación ni se determina el marco adecuado que permita una reflexión serena –para aclarar conceptos y despejar dudas– e, incluso, el arrepentimiento. La futura reglamentación tendría que habilitar un lapso suficiente entre el pedido esterilizante y su satisfacción.

Asimismo, no sería oportuno que el consentimiento fuera otorgado por pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de su gestación ni, mucho menos, cuando apenas faltan unas horas para ser operadas vía cesárea. Este período no es el mejor momento para tomar una decisión de tal magnitud, debido a los cambios hormonales y de humor que inciden sobre la gestante. Diversos estudios han demostrado una íntima relación entre la toma de decisión esterilizante durante esta etapa y el mayor porcentaje de arrepentimientos, en años siguientes a la realización de la ligadura tubaria(7).

El quinto artículo trata sobre la cobertura de los costos de las intervenciones. Estas prácticas quirúrgicas serán realizadas sin cargo en los establecimientos del sistema público de salud e incorporadas a la cobertura por parte de las organizaciones de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, de modo tal que resulten totalmente gratuitas para los beneficiarios.

Pese a existir una ley nacional de salud reproductiva (Ley 25673-2002), que establece que los métodos anticonceptivos de carácter no permanente deben ser suministrados por las obras sociales y el sistema de salud pública, ésta aún no se cumple de manera uniforme en todas las regiones del país ni en todos los establecimientos. Esto conduce a los usuarios a pensar en los métodos permanentes como los más "económicos", puesto que resultan ser los únicos disponibles. De aquí la importancia que adquiere el cumplimiento de las disposiciones legales del Plan Médico Obligatorio

y la provisión efectiva y gratuita de métodos de anti-concepción no permanentes como alternativa. Sólo de esta manera los pacientes que elijan la intervención esterilizante estarán ejerciendo su legítimo derecho de opción por el método anticonceptivo que consideren más adecuado.

El sexto artículo reconoce el derecho de objeción de conciencia para los profesionales de la salud, estableciendo que el personal médico o auxiliar del sistema sanitario puede negarse a llevar adelante las prácticas citadas, sin que ello pueda originarles consecuencia laboral alguna. Sin embargo, prevé que el ejercicio de este derecho no puede derivar en la privación de la práctica al peticionante, para lo cual las autoridades del establecimiento asistencial están obligadas a disponer los reemplazos necesarios.

Si bien la objeción es un derecho específico de la actividad médica y su ejercicio no exime de la responsabilidad institucional de garantizar el acceso a la práctica que estudiamos, el texto legislativo nada dice respecto del ámbito en el cual se hace uso del privilegio. Sería lógico exigir que los facultativos que son objetores de conciencia en el ámbito estatal, mantuvieran idéntica conducta en el ejercicio privado de su práctica, en el cual las esterilizaciones redundan en ingresos extraordinarios. En caso contrario, se estaría amparando la vigencia de un doble estándar ético.

La ley determina además que la objeción de conciencia no acarreará consecuencia laboral alguna para el profesional de la salud que se ampare en ella. No se comprende esta mención limitativa a la faz laboral, siendo que puede existir otra clase de consecuencias como las atinentes a la responsabilidad por daños. La futura reglamentación está obligada a echar luz sobre el asunto, con el fin de garantizar un efectivo ejercicio del derecho citado, que aleje la posibilidad de que los expertos se vean igualmente presionados a actuar por el habitual temor a una demanda por mala praxis.

El artículo 7 modifica el inciso 18 del artículo 20 de la ley 17.132 de "Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración", relacionado con las acciones que quedan prohibidas para los profesionales del arte de curar. La ley 26.130 viene a determinar que el inciso 18 sea modificado de manera tal que, de ahora en más, quede prohibido a los médicos "practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de

engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/de la paciente capaz y mayor de edad, o una autorización judicial cuando se trate de personas declaradas judicialmente incapaces". En otras palabras, bajo este nuevo régimen estará permitido practicar mencionadas intervenciones si media el consentimiento informado del paciente capaz y mayor de edad o bien una autorización judicial en el supuesto de las personas declaradas judicialmente incapaces.

Finalmente, el artículo 8 presenta un agregado al inciso b del artículo 6 de la ley 25.673 de "Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable", en lo referido a los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser prescriptos y suministrados por los establecimientos de salud. Dispone que se aceptan como un método anticonceptivo más las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y de ligadura de conductos deferentes o vasectomía, siempre que sean requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anti-concepción. Entonces, incorpora formalmente estos dos métodos permanentes de opción única.

Conclusión

Esta norma jurídica de eminente contenido bioético, surgida después de quince años de discusión entre distintos sectores sociales argentinos, permite a muchas personas satisfacer sus más íntimos deseos en el marco de la ley. Sin embargo, lastima pensar en un escenario en el cual todo el país dispone de un régimen "uniforme" que permite esterilizaciones quirúrgicas permanentes, mientras se continúa con un dispar acatamiento de la moderna legislación sobre salud reproductiva. Asusta también advertir que, probablemente, la única opción anticonceptiva y el único método de planificación familiar para los sectores populares en los efectores públicos y privados de salud pueda llegar a ser, en un futuro cercano, la esterilización permanente. Estos apuntes pretenden subrayar, una y otra vez, que la sola aparición de legislación sobre el particular –en ocasiones consecuencia de la aplicación de una racionalidad estratégica– abre un camino muy importante respecto de la planificación familiar y la programación de los hijos que desea tener una persona, pero no hace desaparecer aún los problemas éticos que le son afines.

Anexo

Argentina, Ley 26.130 “Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica” Sancionada 9-8-2006; Promulgada 28-8-2006; Publicada 29-8-2006.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Art. 1. Objeto. Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud.

Art. 2. Requisitos. Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado.

No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos contemplados por el artículo siguiente.

Art. 3. Excepción. Cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquella.

Art. 4. Consentimiento informado. El profesional médico interviniente, en forma individual o juntamente con un equipo interdisciplinario, debe informar a la persona que solicite una ligadura tubaria o una vasectomía sobre:

- a) la naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar;
- b) las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, y
- c) las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la persona concerniente.

Art. 5. Cobertura. Las intervenciones de contracepción quirúrgica objeto de la presente ley deben ser realizadas sin cargo para el requirente en los establecimientos del sistema público de salud.

Los agentes de salud contemplados en la Ley 23.660, las organizaciones de la seguridad social y las entidades

de medicina prepağa tienen la obligación de incorporar estas intervenciones médicas a su cobertura de modo tal que resulten totalmente gratuitas para el/la beneficiario/a.

Art. 6. Objeción de conciencia. Toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna con respecto a las prácticas médicas enunciadas en el artículo 1º de la presente ley.

La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata.

Art. 7. Modifícase el inciso 18, del artículo 20, del capítulo I; del título II de la Ley 17.132 de régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas, el que quedará redactado de la siguiente manera:

18: Practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces.

Art. 8. Agrégase al inciso b), del artículo 6º, de la Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el siguiente texto:

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción.

Art. 9. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Alberto Balestrini. – José J. B. Pampuro. – Enrique Hidalgo. – Juan H. Estrada.

Argentina, Decreto 1110-2006

Dado 28-8-2006; Publicado 29-8-2006

POR TANTO:

Téngase por Ley de la Nación N° 26.130 cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Néstor Kirchner. – Alberto A. Fernández. – Ginés M. González García.

Referencias

1. Cecchetto S. Aspectos bioético-legales de la esterilización permanente en mujeres capaces e incapaces. *Minoridad y Familia* 2001; 15: 25-48.
2. Urbandt P. *Esterilización femenina voluntaria en el hospital público*. Mar del Plata: Suárez; 2002.
3. Cecchetto S. Vasectomía en los tribunales argentinos. *Quirón* 2003; 34(1-3): 125-134.
4. Urbandt P; Bostiancic MC. *La esterilización femenina en el contexto de los derechos reproductivos*. Mar del Plata: EUDEM; 2007.
5. Cecchetto S. *La 'solución' quirúrgica. Derecho reproductivo y esterilización femenina permanente*. Buenos Aires: Ad Hoc; 2004.
6. Hanafi M. Factors Affecting the Pregnancy Rate after Microsurgical Reversal of Tubal Ligation. *Fertility and Sterility* 2003; 80(2): 434-440.
7. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, et al. Requesting Information about and Obtaining Reversal after Tubal Sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility and Sterility* 2000; 74(5): 892-898.

Recibido: 11 de junio de 2007.

Aceptado: 23 de julio de 2007.

DERECHOS INDIVIDUALES Y DEBERES DE ESTADO. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN TORNO AL DEBATE SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN CHILE

Raúl Villarroel Soto*

Resumen: El presente artículo intenta dar cuenta de un debate de relevancia moral, social y política en Chile: la controversia acerca de la anticoncepción de emergencia y la iniciativa de las autoridades de gobierno de facultar a los servicios de salud del Estado para distribuir el fármaco comúnmente llamado “píldora del día después”. Se abordan diferentes perspectivas de análisis y se recae, finalmente, en un examen bioético a la luz de una revisión de la perspectiva principialista clásica para advertir algunas de sus insuficiencias analíticas y, por lo mismo, resituar la problemática desde la perspectiva de los derechos humanos.

Palabras clave: bioética, anticoncepción de emergencia, píldora del día después, principialismo bioético, derechos humanos, deberes de Estado

INDIVIDUAL RIGHTS AND STATE DUTIES, BIOETHICAL CONSIDERATIONS AROUND THE DEBATE OVER EMERGENCY CONTRACEPTION IN CHILE

Abstract: This essay tries to show a moral, social and politically relevant debate in Chile: the controversy about emergency contraception and the decision of government authorities to authorize state health care services to distribute the drug commonly known as “the day after pill”. Different views of analysis are studied to reach, finally, a bioethical reflection of the problem considering a re-examination of the classical principles perspective, to point out some of its analytical inadequacies and, for this reason, to rethink the problem under a human rights perspective

Key words: bioethics, emergency contraception, the day after pill, bioethics principles, human rights, state duties

DIREITOS INDIVIDUAIS E DEVERES DE ESTADO, CONSIDERAÇÕES BIOÉTICA SOBRE O DEBATE A RESPEITO DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO CHILE

Resumo: O presente artigo tenta apresentar um debate de relevância moral, social e política no Chile: a controvérsia em torno da anticoncepção de emergência e a iniciativa das autoridades de governo de facultar os serviços de saúde do Estado para distribuir o fármaco popularmente conhecido como “pílula do dia seguinte”. Abordam-se diferentes perspectivas de análise e se fixa, finalmente, num exame bioético do problema, à luz de uma revisão da perspectiva principialista clássica, para alertar a respeito de algumas de suas insuficiências analíticas e por, isto mesmo, recolocar a problemática a partir da perspectiva dos direitos humanos.

Palavras-chave: bioética, anticoncepção de emergência, pílula do dia seguinte, principialismo bioética, direitos humanos, deveres de Estado

* Doctor en Filosofía y Magíster en Bioética. Centro de Estudios de Ética Aplicada, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Chile
Correspondencia: rvillarr@uchile.cl

Presentación¹

A menudo se habla de derechos sexuales y reproductivos por referencia a aquella garantía básica de parejas e individuos para decidir de manera libre y responsable acerca del número de hijos que desean tener y el intervalo entre los nacimientos; por cierto, contando con la información, la educación y los medios para poder hacerlo. Se trata de un hecho complejo en el que se articulan funcionalmente, además, varios otros derechos: a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a los beneficios del progreso científico, entre otros.

De cara al resguardo y cumplimiento de estos mismos derechos, el Estado chileno ha adherido a una serie de pactos internacionales derivados de algunas conferencias de Naciones Unidas, en particular la de Población y Desarrollo, de El Cairo, llevada a cabo en 1994, así como la IV Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing en 1995.

Por eso, cuando emerge un debate como el que ha tenido lugar en Chile durante el último tiempo, a propósito de la disposición del Ministerio de Salud para distribuir gratuitamente el anticonceptivo de emergencia llamado “píldora del día después” a jóvenes mayores de 14 años, sin un expreso consentimiento o conocimiento de sus padres o representantes, pareciera que nos hallamos frente al siempre controversial tema de los límites y la extensión del ejercicio de derechos por parte de las personas; en este específico caso, el de sus derechos sexuales y reproductivos, y de los deberes que al Estado conciernen en procura de su protección.

Parece conveniente examinar primero esta situación desde algunas de sus dimensiones –históricas, científicas, jurídicas, políticas, religiosas–, para luego considerar bioéticamente los principios y derechos en juego a la hora de decidir sobre la legitimidad de la medida oficial que ha dado lugar a esta controversia.

La dimensión histórica

En 1964, el Ministerio de Salud implementó un programa de planificación familiar inicialmente denominado “Salud Familiar y Regulación de los Nacimientos” y que pronto pasó a llamarse “Programa de Paternidad

Responsable” (1). Con ello se pretendió enfatizar el derecho de las parejas a decidir libremente cuántos hijos querían procrear; su objetivo final era disminuir la incidencia de abortos provocados reduciendo, de paso, los riesgos involucrados para la salud materno-infantil. Posteriormente, a partir de 1971, el principio de regulación de la natalidad se integró de lleno a las políticas sanitarias gubernamentales, extendiéndose su cobertura a casi la mitad de la población en edad de procrear.

En 1979, y como consecuencia del sesgo ideológico pronatalista impuesto a partir del golpe militar del año setenta y tres, la Oficina de Planificación Nacional del gobierno de la época formuló su “Política de Población”, en la que abogaba claramente por una restricción del uso de métodos anticonceptivos, cuestión que se mantuvo a lo largo de todo el período. Sólo en la década de los 90, una vez recuperada la democracia, se vuelve a reconsiderar la perspectiva de análisis y se estipulan –mediante su última versión de 1993– las “Normas de Paternidad Responsable” por parte del Ministerio de Salud.

En 1997, la Salud Sexual y Reproductiva (concepto que reemplazó al de “control demográfico”, a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994) fue definida como una de las 16 prioridades de salud para el país y en el Programa de Salud de la Mujer dicha actividad pasó a llamarse “Control de Regulación de Fecundidad”.

Entre otros métodos anticonceptivos, incluyendo reversibles e irreversibles –exceptuándose el aborto, alternativa prohibida legalmente en Chile–, se incluye a la píldora postcoital, o “píldora del día después”, como se le conoce comúnmente, método que hace algunas décadas no se encontraba disponible en el país, pese a ser conocido desde la década de los sesenta. De acuerdo con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el método anticonceptivo de emergencia más efectivo y mejor tolerado. Las píldoras para la anticoncepción de emergencia (PAE) son eficaces e inocuas y no tienen contraindicaciones médicas.

En nuestro país, la autorización en 2001 para comercializar *Postinal*, un producto destinado a la anticoncepción de emergencia, provocó innumerables debates, debido a la firme oposición de los grupos autodenominados “pro vida” y la jerarquía de la Iglesia Católica, que la consideran abortiva. Ya en 2004 comienza por

¹ Una versión anterior del presente trabajo fue presentada para publicación en *Perspectivas Éticas*. Nº 14. Universidad de Chile. 2006.

primera vez a distribuirse gratuitamente en los diferentes servicios de salud de la capital, en virtud de una disposición ministerial, la “píldora del día después”.

La historia culmina, hasta donde podemos dar cuenta de ella, con la disposición reciente que faculta a los servicios de salud para entregar el anticonceptivo de emergencia a la población mayor de 14 años que lo requiera, sin conocimiento o consentimiento expreso de sus padres. Las circunstancias en que aquello tiene que ocurrir es asunto que explicitaremos posteriormente, porque aporta elementos de juicio para una consideración más pormenorizada y significativa de los hechos.

La dimensión biomédica

En un boletín informativo de marzo de 2005(2), la OMS señaló que la anticoncepción de emergencia se refiere a aquellos métodos que las mujeres pueden usar dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado, dejando expresa constancia que esta clase de métodos anticonceptivos no son adecuados para uso regular. El régimen de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS es 1,5 mgs. de levonorgestrel administrado en una sola dosis y está dirigido a toda mujer en edad reproductiva que pudiera necesitarlo.

Según el documento, la anticoncepción de emergencia está pensada para situaciones en las que, por ejemplo, no se ha usado ningún método anticonceptivo o ha ocurrido una falla del método o éste ha sido usado de manera incorrecta. La última circunstancia que el documento menciona para justificar su empleo es cuando la mujer ha sufrido una agresión sexual sin estar protegida con un procedimiento anticonceptivo eficaz.

El informe asegura que se encuentra demostrado que las PAE que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y carecen de un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona cuando son administradas después de la ovulación. Es claro que las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán de manera alguna un aborto.

También se hace hincapié en que las PAE no deben ser administradas si lo que se pretende es interrumpir un embarazo confirmado porque ya resulta ser demasiado

tarde para ello. Aunque pareciera haber consenso por parte de los expertos de que no hay daño eventual para la mujer o para el feto si se usan píldoras anticonceptivas de emergencia inadvertidamente durante las primeras semanas de embarazo.

La recomendación indica claramente que las PAE deben ser usadas únicamente en casos de emergencia y no resultan apropiadas si se emplean como método anticonceptivo de uso regular, porque hay mayor probabilidad de que fallen en comparación con los anticonceptivos modernos. Además, el uso frecuente de anticoncepción de emergencia tiene como resultado efectos secundarios, tales como irregularidades menstruales. No obstante, el uso repetido no conlleva riesgos conocidos hasta ahora para la salud.

La dimensión jurídica

En Derecho Internacional, los Estados se obligan jurídicamente ante la comunidad mundial cuando suscriben tratados globales. Los mismos pueden también transformarse en obligaciones para el orden jurídico interno cuando a éste se incorporan las normas de aquellos tratados suscritos. De esto se puede deducir que las obligaciones que emanan de dichos tratados son, por una parte, internacionales y, por otra, nacionales, debiendo el Estado responder por cada una de ellas ante las instancias que corresponda(3).

Los Derechos Humanos se consideran parte del derecho internacional y han sido aceptados y reconocidos por los Estados suscriptores como “derechos inherentes a, o de la esencia de, la persona humana”. Basándose en el principio de no discriminación, los Estados tienen el deber de garantizar y asegurar el acceso a estos derechos a todas las personas. Al amparo de este principio se despliega la positivización del derecho a la salud reproductiva de todas las personas, por ejemplo.

En este sentido, la expresión “discriminación contra la mujer” está definida en el Artículo 1º de la comúnmente llamada Convención de la Mujer(4), como “... toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.

En suma, los tratados internacionales jurídicamente vinculantes y que, además, han sido promulgados en Chile tienen fuerza obligatoria en el territorio nacional. El Estado chileno debe propiciar que estas obligaciones se cumplan y que los objetivos planteados por estos instrumentos no sean obstaculizados por ninguno de los otros órganos o poderes del Estado, e incluso por particulares. Estos derechos pueden, a la vez, ser invocados por las personas en forma directa o indirecta.

Entre las obligaciones internacionales señaladas en los documentos oficiales está el derecho a la salud. En la definición establecida por la OMS en su Constitución (1946) se afirma que su contenido es complejo y está referido al estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades. El Estado tiene entonces un doble deber: promover la salud y prevenir o eliminar todas las barreras que obstaculicen las posibilidades de las personas para alcanzar ese mínimo estándar reconocido internacionalmente.

A su vez, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948 y su antecedente, la Carta de las Naciones Unidas de 1945, plantean en forma genérica los compromisos que adoptaron las naciones, en el sentido de promover mejores condiciones de vida, desarrollo social y económico en áreas tales como la salud. En un sentido mucho más amplio, el derecho a la salud también se encuentra implícito en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Estos derechos se encuentran, a su vez, consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por Chile en 1972, en el cual se entiende que para gozar y tener garantías efectivas del derecho a la vida es esencial –además de no ser sometido a tratos crueles o inhumanos o a la pena de muerte– disponer del derecho y de la garantía efectiva a la salud (art. 6.1).

En este contexto, la Convención de la Mujer reafirma el derecho a la salud y hace particularmente obligatorio adoptar resoluciones que eliminen toda forma de discriminación en el área de la anticoncepción cuando señala: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (4, Art. N° 12.1). Posteriormente, en su artículo

16.1 señala: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán condiciones de igualdad entre hombres y mujeres”, especificando en su letra e) que se trata de “Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (4, Art. N° 16.1 e).

La dimensión política

Tal como se señala en la Introducción de la guía ministerial para la atención a víctimas de violencia sexual(5), el Estado chileno ha asumido efectivamente el imperativo ético de enfrentar la violencia sexual y disminuir los daños y las secuelas que ésta produce en las personas más vulnerables, materializando con ello el respeto irrestricto de los múltiples compromisos internacionales que ha suscrito y su decisión de implementar efectivamente la nueva legislación promulgada al respecto, en procura de la cual se realizan grandes esfuerzos para adecuar, mediante un proceso de reforma, el Sistema de Salud a las necesidades de la población y, al mismo tiempo, consolidar la estructuración de la Reforma Procesal Penal.

Como todo parece indicar, los esfuerzos se han concentrado en la atención de urgencia, porque es una de las instancias de la red de servicios y de apoyo social que representa la puerta de entrada frecuente para las personas afectadas, y, a menudo, es la única capaz de detectar la situación de violencia. El objetivo es integrar los aspectos propiamente asistenciales de la atención con los judiciales y psicosociales, de modo de evitar que la agresión o abuso se repitan y reparar los daños, hasta donde sea posible.

Por otra parte, las normas nacionales sobre regulación de la fertilidad(6) establecen que: “En nuestro país existe, desde los inicios de la historia de la salud pública, una tradición de respeto a la responsabilidad del Estado en orden a promover políticas y actividades que favorezcan la salud y el bienestar de las personas y las familias, en particular de las más vulnerables. Una de estas políticas ha sido la oferta de servicios de regulación de la fertilidad en el sistema público de salud. Actualmente, en el contexto de una visión de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana

con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción” (6, p. 7).

En consecuencia, reducir la inequidad reproductiva generada por las desigualdades de género y la mayor vulnerabilidad de algunos grupos de población (de menor nivel socioeconómico, de pueblos originarios, adolescentes y adultos jóvenes); disminuir la incidencia del aborto inseguro provocado, mejorando la oferta y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, focalizando los esfuerzos en las mujeres con mayor riesgo de interrumpir voluntariamente su embarazo en condiciones de inseguridad, y aminorar el embarazo no deseado en adolescentes, quienes, por su mayor vulnerabilidad, requieren de servicios apropiados y sin barreras de acceso, se convierte en una tarea de Estado.

Los objetivos sanitarios nacionales para la primera década del siglo XXI plantean continuar disminuyendo la mortalidad materna mediante la reducción de los embarazos no deseados y de alto riesgo. Lograrlo equivale a disminuir la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad real, lo que implica focalizar acciones en la población adolescente, fundamentalmente en aquellos sectores de población con menores ingresos.

¿Por qué un proyecto social de esta naturaleza, que intenta perfilarse desde una orientación semejante a la que aquí se ha tratado de describir, ha encontrado resistencia por parte de algunos segmentos de la población, ante la decisión oficial de distribuir el anticonceptivo de emergencia? ¿Por qué iniciativas aparentemente tan bien inspiradas, tan cautelosas de una perspectiva de derechos de las personas y que parecieran expresar un compromiso tan decidido de parte del Estado para intentar resolver problemas de salud pública, justicia y equidad social, conforme a modelos científicos y opciones éticas, no aúnan la voluntad general de la población, y frente a ellas algunos sectores reaccionan como si vieran comprometidas sus opciones de vida buena y amenazados sus valores más preciados?

La dimensión religiosa

El Arzobispo de Santiago, Cardenal Francisco Javier Errázuriz, en una carta distribuida el 2 de mayo de 2004 en todas las parroquias y capillas de la capital, respecto de la píldora del día después señalaba: “una

cosa es segura, se trata de un fármaco contrario a la concepción (...) Ya este hecho no es irrelevante para la conciencia. Sin embargo, la pregunta que ha desatado la gran polémica es otra: ¿elimina o no elimina una vida humana? Si la eliminara, poco importa el respeto que algunos querrían dar a la exaltación de la libertad individual”.

Y agregaba: “La distribución gratuita de un fármaco cuya finalidad no es sanar, es un hecho más que controvertido. Peor aún, cuando se hace con dineros aportados por todos los contribuyentes (...) El ejercicio de la propia libertad tiene un límite infranqueable: el derecho a la vida de los demás (...) Vulnera gravemente este principio esa corriente que pretende justificar el aborto como un derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su propio cuerpo (...) El niño por nacer ya no es “su cuerpo”, es una vida humana distinta a la suya, de la cual no puede disponer (...) Es un gravísimo error y una irreparable injusticia exigir la aprobación de presuntos ‘derechos sexuales y reproductivos’ que incluyan el derecho al aborto”.

Sin necesidad de seguir ilustrando esta misma aproximación, en las palabras de Monseñor Errázuriz se trasunta con claridad el motivo central de la divergencia entre las posiciones sustentadas por las autoridades de gobierno y las organizaciones de la comunidad que las apoyan, por una parte, y las de la Iglesia Católica y los sectores afines a su posición inspirados en la doctrina magisterial, por la otra.

Desde el sector eclesástico, las objeciones de moralidad al empleo de anticonceptivos, particularmente a aquellos considerados de emergencia, se fundamentan, principalmente, en lo que, desde tal perspectiva, se consideran certezas innegables. Por ejemplo, en que: “El amor, que se alimenta y se expresa en el encuentro del hombre y de la mujer, es don de Dios (...) El hombre, en efecto, es llamado al amor como espíritu encarnado, es decir, alma y cuerpo en la unidad de la persona. El amor humano abraza también el cuerpo y el cuerpo expresa igualmente el amor espiritual. La sexualidad no es algo puramente biológico, sino que mira a la vez al núcleo íntimo de la persona. El uso de la sexualidad como donación física tiene su verdad y alcanza su pleno significado cuando es expresión de la donación personal del hombre y de la mujer hasta la muerte. Este amor está expuesto sin embargo, como toda la vida de la persona, a la fragilidad debida al pecado original y sufre, en muchos contextos socio-

culturales, condicionamientos negativos y a veces desviados y traumáticos. Sin embargo, la redención del Señor ha hecho de la práctica positiva de la castidad una realidad posible y un motivo de alegría, tanto para quienes tienen la vocación al matrimonio –sea antes y durante la preparación, como después, a través del arco de la vida conyugal–, como para aquellos que reciben el don de una llamada especial a la vida consagrada (...) Con palabras del Concilio Vaticano II, el Catecismo de la Iglesia Católica recuerda que ‘Los jóvenes deben ser instruidos adecuada y oportunamente sobre la dignidad, tareas y ejercicio del amor conyugal, sobre todo en el seno de la misma familia’ (7).

Del documento recién citado se puede inferir que la sexualidad es un acto esencialmente conyugal y que sólo bajo tal condición se alcanzan sus fines más preciados: el amor de los esposos y la procreación, expresión más elevada de ese amor y el cumplimiento efectivo del servicio a la vida a que los seres humanos están convocados por Dios. Se podría deducir que la anticoncepción introduciría un elemento de distorsión antinatural en aquel curso de acontecimientos que, a modo de plan divino, está trazado para el hombre; más aún, en el caso de los jóvenes, que debieran estar preparados por la propia familia para aproximarse al cumplimiento de tal designio y no dar curso a semejantes desviaciones.

En su declaración, el Cardenal Errázuriz sostenía a propósito de la píldora del día después: ‘Los laboratorios que la comercializan ya informan que uno de sus efectos puede ser el de impedir la implantación del óvulo fecundado en el útero materno, produciéndose así la pérdida de una vida humana. Pues bien, cuando se trata de la vida humana, no es lícito emprender una acción sin tener la seguridad de que esa acción no la mata. Como se dice gráficamente, no se puede disparar contra un matorral cuyas ramas se mueven, ignorando si el movimiento lo provoca una liebre o un niño. Por eso, mientras no se llegue a la conclusión contraria, moralmente no es lícito su consumo’.

Esta resistencia, inspirada en la lógica del buen cazador, ha tenido asidero en algunos reclamos provenientes de parte de la comunidad científica, que cree haber demostrado, a partir de ciertas investigaciones, el efecto abortivo del levonorgestrel. Un caso significativo sería el estudio llevado a cabo en 2004 por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a petición del Instituto de Salud Pública.

El informe elaborado por académicos de esa casa de estudios(8) concluyó que, si bien todos los estudios epidemiológicos realizados hasta esa fecha tenían limitaciones metodológicas (falta de grupo control tratado con placebo y estimación poco precisa del momento de la ovulación), las investigaciones habían demostrado la efectividad del levonorgestrel ingerido el día de la ovulación o días después de ésta, y que ello no se podía explicar por otro mecanismo que no fuera el antiimplantatorio. Es decir, la sustancia tenía un claro efecto abortivo. Conjuntamente, el Centro de Bioética de la misma universidad destacó el valor del respeto por la vida humana, sea cual fuere el estado de desarrollo de ésta.

En fecha más reciente, en una declaración pública entregada en Concepción el 6 de septiembre de 2006, la Universidad Católica de la Santísima Concepción afirmó que ‘toda iniciativa que se relacione con la defensa de la vida, los derechos de la familia y el respeto de la infancia y la juventud, como la recién anunciada por el Ministerio de Salud, requiere de un acuerdo social amplio que la legitime. Nos parece que la aplicación de métodos que pueden derivar en prácticas abortivas para disminuir los embarazos no deseados representa un flagrante atentado contra la vida y una imposición inaceptable por parte del Estado a las personas’. Más adelante, en parte de esta misma declaración, se agregaba: ‘Creemos que los embarazos no deseados en la población juvenil y de escasos recursos constituyen un problema país. Pero las inequidades sociales no se resuelven arriesgando la vida por nacer ni promoviendo una sexualidad precoz, sin calidad afectiva y fuera del ámbito de la familia (...) De haber acciones ilegales contra la infancia y la adolescencia, de las que más tarde se derivara un embarazo, lo que corresponde es investigar las responsabilidades legales y no legitimar estas conductas por la vía de una solución abortiva, como lo es la píldora del día después’.

La dimensión bioética

Lo que está en juego en la discusión actual es, en un sentido, la definición y defensa de determinadas opciones de moralidad, la adhesión a particulares visiones de vida buena, como también se podría decir; en otro, la interpretación de datos provenientes de la investigación científica, que se consideran más o menos concluyentes, en función de determinados supuestos o hipótesis que se tienen por probables y que se esgrimen

como fundamento de aquellas opciones de moralidad que se busca defender.

Se podrían hacer algunos comentarios desde la perspectiva del así llamado “enfoque principialista”, entendiéndose que cuando hablo de “principios” me refiero a aquellos que fueron enunciados (luego del Informe Belmont) por Beauchamp y Childress(9).

A partir de los planteamientos del bioeticista español Diego Gracia, parece necesario establecer una jerarquía entre esos principios(10), un orden que permita definir cuál de ellos deberá preponderar en los casos de conflicto suscitados frecuentemente en la coexistencia de los individuos, cada vez que éstos traen al espacio público sus reivindicaciones particulares con pretensiones de validez.

Gracia intenta fundamentar aquella jerarquía recurriendo al reconocimiento de dos premisas básicas de marcada inspiración kantiana que, al ser tenidas en cuenta como ejes del análisis ético, permiten legitimar la opción por uno u otro principio, según sea el caso. La primera está referida a la condición de “persona”, inherente a todo ser humano, y al hecho de que por ella se le pueda atribuir a éste una dignidad; la otra, a la igualdad entre los hombres y, por ello, al sentido universal de respeto con que éstos deben ser considerados. La primera de estas premisas tendría un carácter ontológico, definiría el ser del hombre; la segunda, un carácter ético, definiría un deber ser para el hombre. Ambas constituirían, por su carácter *a priori*, un verdadero “sistema de referencia moral” desde el cual sería posible establecer sucesivas y diversas aproximaciones a la realidad humana, encarnadas en las distintas formulaciones o cánones históricos que han surgido a la luz de estos principios formales.

De acuerdo con lo anterior, el enfoque principialista de Beauchamp y Childress daría cuenta de la complejidad de las situaciones dilemáticas de la moralidad contemporánea; sin embargo, cuando los principios entran en conflicto, es posible recurrir a la distinción establecida por David Ross entre “deberes *prima facie*” (*prima facie duties*) y “deberes reales” (*actual duties*)(11). Mediante su distinción, Ross postula una igualdad preliminar de rango o jerarquía entre los principios, lo que permitiría suponer que éstos generan idéntica obligatoriedad, aunque sólo hasta que no entren en conflicto mutuo y nos veamos forzados a atender sólo a uno de ellos y posponer los demás. Al hecho de que en un comienzo

todos los principios obligarían de manera semejante, Ross lo denomina su carácter *prima facie*. Pero lo harían así sólo hasta que la contradicción que ha suscitado esta especie de equilibrio inmovilizador de su fuerza imperativa inicial conmine a otorgar prevalencia a tan sólo uno de ellos, en desmedro de los demás.

Mediante este mismo análisis, Diego Gracia clasifica los principios según si responden a “mínimos” o “máximos” de moralidad(12). El nivel de “mínimos” estaría conformado por los principios de no maleficencia y de justicia, y el de “máximos” por los de autonomía y beneficencia. Como se sabe, los primeros definen “deberes perfectos”, vale decir, obligaciones que podrían, incluso, ser impuestas por la fuerza de la ley; los segundos, en cambio, definen más bien “obligaciones morales”, es decir, constituyen “deberes imperfectos” que sólo pueden ser sugeridas, mas nunca impuestas; son aquellos deberes cuyo imperativo de cumplimiento emana sólo de la libre voluntad. Los deberes de justicia y no maleficencia son, según esto, perfectos; a saber, deben ser exigidos, aun forzosamente, a todos por igual. Por el contrario, los deberes de beneficencia y de autonomía serán imperfectos porque, estando su cumplimiento remitido a la gestión individual, no pueden ser impuestos al conjunto de la sociedad y sólo el sujeto puede imponérselos voluntariamente a sí mismo, si así lo quiere. Por ello, los deberes perfectos tienen un carácter público y le corresponde al Estado su gestión; en tanto que los imperfectos, teniendo carácter privado, son de exclusiva competencia individual.

Tanto la objeción general al uso de anticonceptivos sostenida en la doctrina de la Iglesia Católica como la resistencia al dictamen ministerial que instruíra a los servicios de salud para distribuir la píldora del día después a mujeres mayores de 14 años estarían dentro de las demandas referidas a “máximos” de moralidad. Es decir, se trataría de pretensiones de validez propias del nivel de las ideas de perfección y felicidad, de los sentidos y concepciones particulares de vida buena, o de criterios específicos de virtud. Todas ellas representarían la defensa de convicciones provenientes de códigos de validez y legitimidad restringida a círculos confesionales en los que se comparten tales ideales y visiones.

Parece claro que, tras la negativa a admitir como legítima la decisión de las autoridades sanitarias por parte de los sectores vinculados a la Iglesia Católica, se aloja una concepción filosófica de base y alcance mucho

más extendido que la simple diatriba en contra de la píldora a que ha dado lugar. Ella dice relación con una específica manera de interpretar la evidencia de la que se ha premunido, a partir de una cierta orientación de la investigación científica que le ha sido propicia. A partir de allí se ha permitido alentar consideraciones metafísicas acerca del estatuto ontológico del embrión humano y del momento en que se puede decidir el comienzo efectivo de la vida humana.

Una perspectiva de tal naturaleza² correspondería a expresiones provenientes de convicciones y adhesión a “máximos” de moralidad, ya que pretenden fortalecer opciones que no podrían ser más que “aconsejadas” o “sugeridas” a los individuos que coexisten en condiciones de “extrañeza moral” en las sociedades contemporáneas.

Por existir un margen difuso e ignoto en el saber exacto de la ciencia respecto de cuestiones como las que en nuestro país se han discutido durante el último tiempo, el debate tiende a centrarse en cuestiones de convicción, en la defensa de máximos de moralidad, en la protección de valores sectoriales preferentemente, por lo cual se tienden a desatender los mínimos necesariamente compartidos y exigibles a todos los individuos.

Aunque el modelo principialista ha tenido éxito al dotar de cierta unidad a las racionalidades escindidas (científico-biológica, económica, social, política, ética) y poner en diálogo los distintos discursos operantes en las cuestiones de salud, adolece en el fondo de ostensibles dificultades. Una de las más importantes se refiere al convencionalismo moral que intenta hacer prevalecer ante la falta de una adecuada fundamentación(13), porque carece del soporte teórico para fundamentar cada principio, en tanto todos ostentan idéntico rango o valor inicial. Ello puede propiciar circunstancias eventuales en las que los más elementales deberes de justicia, por ejemplo, pudieran verse opacados por la primacía de otros deberes funcionales a lógicas de poder o a hegemonías doctrinarias. Cuando se considera al margen de otras concepciones, el modelo principialista

puede dar lugar a ciertas comprensiones de la moral sólo en apariencia universalistas, puesto que a poco andar se advierte su complacencia con determinados intereses particulares, perdiéndose de vista el horizonte de lo humano y el sentido de justicia que le es inherente.

Podría decirse que el modelo de Beauchamp y Childress reproduce en su esencia la pulsión axiomatizante del modelo cientificista de pensamiento y culmina convirtiendo a la moralidad en una pura tecnología de aplicación de recursos, como si los principios de la moralidad pudieran manipularse con la misma pretensión de objetividad con que se manejan los datos empíricos. Este modelo carece de la profunda reflexividad que brota de los avatares de la historia, del proceso de decantación de la moralidad humana en el que los principios se han venido estableciendo como tales y han obtenido su valor y distintividad, y en virtud de lo cual se legitima en la actualidad una adhesión irrestricta a su fuerza vinculante. Por la misma razón, en un modelo como este no resulta posible acometer la hermenéutica necesaria y suficiente que conduzca al significado profundo de esos principios, las razones que fundamentan efectivamente su jerarquía y el valor intransable o innegociable de algunos de ellos.

Teniendo en consideración la necesidad de sobrepasar estas limitaciones y fortalecer una orientación de mayor significación para la moralidad, la perspectiva de los derechos humanos es la construcción histórica capaz de resguardar de mejor manera ese conjunto intransable de valores y principios. Sólo desde la óptica de los derechos humanos se alcanza una orientación lúcida para conducir la interacción social en el sentido de lo que debemos y no debemos hacer a otros, de lo que tenemos que reconocer como límites de nuestra esfera de acción personal o social y de lo que debemos admitir como compromiso y deber para contribuir a que la vida pueda ser vivida por todos y cada uno de manera auténticamente humana.

No es otro el sentido presente en la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos(14), cuando ésta tiene en cuenta que los adelantos de la ciencia y la tecnología afectan tanto a nuestra comprensión de la vida como a la vida misma y, por ello, traen consigo una fuerte demanda de respuesta a los problemas éticos que suscitan; a la vez, reconoce que tales problemas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana sino también el respeto

² Según la cual resulta posible sostener planteamientos tales como: “Siempre quisiéramos respetar a las autoridades civiles, pero a veces nos sentimos obligados a reflexionar si han decidido lo que es justo a los ojos de Dios, ya que, de lo contrario, tenemos que optar por la obediencia a Dios y no por la obediencia a los hombres”, u otros como éste: “El rechazo del agresor (en caso de violación) y de cuanto es pertenencia suya no puede justificar la eliminación de lo que nunca le perteneció: de una vida nueva e inocente que quiere nacer”.

universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Se podría interpretar la decisión administrativa adoptada por la autoridad sanitaria de Chile –más que como una cuestión en la que se canalizan o defienden concepciones de vida buena, ideales de felicidad o sentidos de la virtud humana, es decir, nociones de máximos de moralidad– como la pretensión de establecer el resguardo de derechos fundamentales de las personas, al modo de un verdadero deber de Estado.

El sentido fundamental de la justicia, o el deber perfecto de la justicia –si quisiéramos indicarlo de ese

modo– conmina a las autoridades a disponer medidas administrativas en las que se cautelen, entre otros, los derechos sexuales y reproductivos de las personas, en igualdad de oportunidades y acceso a los recursos que permiten ejercerlos más plenamente. La suscripción de los múltiples pactos internacionales obliga al Estado de Chile a establecer una atención preferencial por las cuestiones de justicia social, más todavía cuando ellas aluden a la salud pública y buscan conferir idénticas oportunidades a las personas, para corregir las enormes desigualdades en la distribución del riesgo reproductivo y los embarazos no deseados.

Referencias

1. Jiles J. *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago de Chile: CORSAPS; 1992.
2. World Health Organization. Fact Sheet. March 2005 (versión original). Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia. *Boletín informativo* 2005 (versión: Unidad de Traducción ICMER, con permiso de OMS).
3. Casas L, Ortiz I. *Anticoncepción de emergencia: Un marco jurídico*. Santiago de Chile: SRE; 1997.
4. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de ONU en su resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981.
5. Ministerio de Salud. *Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual*. Santiago de Chile: MINSAL; 2004.
6. Ministerio de Salud. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). *Normas técnicas y Guías clínicas sobre Regulación de la fertilidad*. Santiago de Chile; 2006.
7. López Trujillo A, (Cardenal) Sgreccia E. (Monseñor) *Sexualidad humana: Verdad y significado. Orientaciones educativas en familia*. Ciudad del Vaticano: Pontificio Consejo para la Familia; 1995.
8. Ventura-Juncá P, Oyarzún E, Barros C. *Evidencias científicas disponibles sobre el efecto abortivo del Levonorgestrel (LNG) o píldora del día después*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
10. Gracia D. *Ética y Vida. Estudios de Bioética*. Santafé de Bogotá: Editorial El Búho; 1998.
11. Ross DW. *The Right and the Good*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
12. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUEDEMA; 1995.
13. Brussino S. *Antecedentes y Fundamentos de la Ética de la Investigación* (Material de trabajo del Curso de Introducción a la Ética de la Investigación en Seres humanos de la Red Bioética de UNESCO). 2006. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
14. *Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos*. Adoptada por aclamación el 19 de octubre de 2005 en la 33ª sesión de la Conferencia General de UNESCO.

Recibido: 3 de julio de 2007.

Aceptado: 6 de agosto de 2007.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA EN CHILE: DOS CASOS PARADIGMÁTICOS

Lidia Casas Becerra* y Claudia Dides Castillo**

Resumen: Este artículo reflexiona sobre objeción de conciencia y salud reproductiva en dos casos paradigmáticos: la anticoncepción de emergencia y la esterilización voluntaria. Se plantean varias preguntas respecto de la objeción de conciencia en el campo de la salud reproductiva y de los dilemas éticos (y políticos) de los cuales, como sociedad democrática, debemos hacernos cargo.

Palabras clave: objeción de conciencia, salud reproductiva, esterilización voluntaria, anticoncepción de emergencia y derechos

CONSCIENTIOUS OBJECTION AND REPRODUCTIVE HEALTH IN CHILE: TWO PARADIGMATIC CASES

Abstract: This paper meditates upon conscientious objection and reproductive health in two paradigmatic cases: emergency contraception and voluntary sterilization. Several questions arise regarding conscientious objection towards reproductive health and its ethical (and political) dilemma. As a democratic society we should be concerned about both of them..

Key words: conscientious objection, reproductive health, voluntary sterilization, emergency contraception and human rights

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E SAÚDE REPRODUTIVA NO CHILE: DOIS CASOS PARADIGMÁTICOS

Resumo: Este artigo reflete sobre a objeção de consciência e saúde reprodutiva nos dois casos paradigmáticos: a anticoncepção de emergência e a esterilização voluntária. Formulam-se uma serie de perguntas a respeito da objeção de consciência no campo da saúde reprodutiva e dos dilemas éticos e políticos dos quais, como sociedade democrática, devemos nos responsabilizar.

Palavras chave: objeção de consciência, saúde reprodutiva, esterilização voluntária, anticoncepção de emergência e direitos

* Abogada. Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales, Chile

Correspondencia: lidia.casas@udp.cl

** Socióloga. Programa Equidad de Género y Políticas Públicas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Chile

Correspondencia: cdides@flacso.cl

Introducción

Desde los años 90 hemos asistido en Chile a una serie de debates públicos sobre temas asociados a salud sexual y reproductiva, y a derechos sexuales y reproductivos: la educación sexual (en particular, las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad, JOCAS), las campañas de prevención del SIDA, la esterilización voluntaria, la prevención del embarazo adolescente como acciones de la política pública, las conferencias internacionales (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994, Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer de Beijing, 1995) –frente a las cuales el Estado ha tenido que pronunciarse internacionalmente–, el proyecto ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos como una propuesta por parte de la sociedad civil, el aborto como un problema de salud pública, la homosexualidad como un tema social, entre otros(1).

Dos iniciativas de política pública han causado mayor polémica en los últimos cinco años y han repercutido en el acceso inequitativo de las mujeres al uso de tecnologías anticonceptivas: por un lado, la introducción, autorización y comercialización de la “píldora del día después”, o anticoncepción de emergencia, y, por otro, la normativa de esterilización voluntaria(2)¹.

Estos debates han tenido lugar en un contexto socioeconómico político y cultural de grandes transformaciones, con avances en materia económica y mayor bienestar en amplios sectores de una población que ha modificado sus creencias, sistemas de valores, estilos de vida y construcciones subjetivas, en un proceso –no lineal ni homogéneo– que es parte de la modernidad. Este escenario exige a los individuos construir una identidad propia en un mundo que ofrece múltiples opciones, generando mayor libertad y, a la vez, más incertidumbre(3).

Antecedentes históricos para comprender el debate en Chile

La modernidad y sus procesos de democratización han puesto en primer plano la temática de la ciudadanía

y de su ejercicio en los procesos de desarrollo de las sociedades modernas, proceso que también se ha extendido al ámbito de la sexualidad y la reproducción. Se ha producido la separación entre sexualidad y reproducción a partir del acceso de las mujeres a las tecnologías anticonceptivas y la posibilidad de elegir en qué momento tener hijos. La principal consecuencia ha sido la liberalización de las prácticas sexuales. Sin embargo, en este marco de apertura, también se han consolidado grandes corrientes conservadoras. La disputa político-ideológica en torno a las tecnologías anticonceptivas no es nueva. Diversos antecedentes históricos –en nuestro país y en el resto del mundo– dan cuenta de las tensiones que conlleva este tema.

Zárate señala que, a fines del siglo XIX, las nocivas condiciones laborales y las enfermedades afectaron la salud de niños y mujeres de tal manera que médicos higienistas y feministas de la época impulsaron medidas de prevención social que redujeran los costos asociados a la urbanización e industrialización que experimentaba el país(4). Se elaboró entonces un discurso, que se materializó en el siglo XX, cuyo objetivo era colaborar en la tarea primordial de las madres: la dedicación completa a sus hijos y su posterior materialización en políticas. “La vocación por difundir la llamada ‘maternidad científica’ y la protección a las mujeres comenzó con el interés de la comunidad erudita, específicamente los médicos que atendían a estas mujeres en dispensarías, casas de maternidad o de huérfanos y más tarde en los servicios hospitalarios”(4, p. 170). La maternidad en Chile dejaba de ser una práctica íntima y privada para transformarse en una responsabilidad de carácter social(1).

En Chile, los movimientos con un discurso elaborado y con audiencias masivas por la regulación de la fecundidad se inician con la creación del Movimiento Pro Emancipación de la Mujer (MEMCH). Hacia los años 30, las mujeres de estratos populares recurrían al aborto y a prácticas mágicas como métodos anticonceptivos. El MEMCH fue probablemente influido por los movimientos de opinión organizados para promover la planificación familiar en Estados Unidos y Europa. A su vez, influyó la crisis económica mundial de los 30, dejando efectos desastrosos en la calidad de vida de la población. Ya en esos años se proponía el mejoramiento de los “salarios femeninos, proteger a la madre soltera, admitir en los casos pertinentes el divorcio con disolución de vínculo, promover una educación sexual científica y sin falsa moral, y terminar

1 En distintos países de la región se han promovido acciones cautelares, normalmente de orden constitucional, para detener el registro o la comercialización de la anticoncepción de emergencia, tales son los casos seguidos en Argentina, Colombia, México, Ecuador y Chile. Sólo en el caso peruano se ha visto una discusión política que ha incluido a buena parte de las instituciones de ese país, y que culminó con el pronunciamiento de un fallo favorable en el Tribunal Constitucional en 2006.

con el complejo de inferioridad que la sociedad había inculcado a las mujeres, todo lo cual haría posible acabar con la prostitución, otro de los grandes males de la época” (1, p. 104).

Illanes sostiene que ya a comienzos de los años 60 la Iglesia Católica venía preocupándose del control de la natalidad. Su postura oficial prohibía el uso de cualquier “tipo de anticonceptivo; no obstante, teólogos y autoridades más liberales y progresistas fueron sacando a la luz nuevas fuentes doctrinarias que permitían abrirse a su ‘aceptación’: era una postura relativa, disidente” (5). Hasta 1963 duraron las acciones de regulación de la natalidad que habían sido incorporadas a los programas del Servicio Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, se continuó trabajando en ello con finalidades “asistenciales, de investigación y adiestramiento”, en coordinación con universidades nacionales y con agencias internacionales (*Ford Foundation, Population Council, Public Welfare Foundation, Harvard University*) (5).

El control de la natalidad coincidía con una política de desarrollo económico y social para la estabilidad política del continente, propiciada por Estados Unidos. “Cinco dólares gastados en control de la natalidad producen más para el desarrollo que 95 dólares en inversiones y desarrollo de servicios” (5, p. 460).

El SNS siguió realizando acciones de control de natalidad, al margen de la propia estructura administrativa del servicio. En 1967, la Iglesia Católica reiteraba su oposición terminante al uso de anticonceptivos farmacéuticos y mecánicos. En respuesta, el director de entonces explicaba que el SNS proponía métodos de control a casos médicamente específicos, “pero en ningún caso plantea un control de la natalidad en Chile”. Esto correspondía a decisiones de política de “más arriba”. Reiteraba un principio intransable del servicio respecto de las acciones realizadas: “nosotros tenemos otras razones para el control limitado de la natalidad. Cuatrocientas mujeres mueren y 50.000 son hospitalizadas por consecuencias del aborto criminal” (5, p. 461). Como plantea Illanes, ni la Ley ni la Iglesia cedieron: tampoco el SNS. Este siguió desarrollando su acción como respuesta a un encuentro tácito y definitivo entre la ciencia y la sociedad (5, p. 461).

En 1969, profesionales de la salud del área sur de Santiago dieron a conocer a la comunidad nacional los promisorios resultados de la labor del SNS en control de natalidad en la población San Gregorio de la comuna de

La Granja, con una de las más altas tasas de fecundidad y de aborto. Sobre la base de una muestra, que incluyó 1.293 mujeres entre 15 y 44 años (un 20% de la población), se demostró una clara disminución de la tasa de fecundidad y de abortos después de un año de aplicado el programa en los ámbitos educativo y asistencial. Se llegó a establecer que el aborto disminuyó en un 40% y la fecundidad en un 20% en ese período de un año (1).

En estos mismos años, por influencia de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), se creó el Comité de Protección de la Familia, cuyo objetivo fue reducir las elevadas tasas de natalidad, la mortalidad materna y la letalidad por aborto (5). A fines de 1965, el gobierno de Frei Montalva le otorgó personalidad jurídica, formándose la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA). Posteriormente, este mismo gobierno definió una política pública de paternidad responsable (6), cuya implementación estuvo marcada por la pugna de los poderes eclesiásticos, médicos y políticos (7).

Una de las reacciones más importantes de la época, que da cuenta de la disputa política ideológica de aquellos años, provino de la Santa Sede, sintetizada en la Encíclica sobre la Vida Humana (1968).

Al implementarse su acceso en forma masiva, la planificación familiar estaba precedida de objetivos “técnicos” más que de un lenguaje de derechos, es decir, de la capacidad de las personas de decidir por sí mismas ser madres o padres y cuántos hijos deseaban tener. El debate estuvo teñido por consideraciones biomédicas sobre el contexto sanitario de la época: altos índices de abortos y muertes por esa causa (8). La planificación familiar, sin embargo, garantizó el uso de métodos anticonceptivos a la mayoría de la población del país, lo que constituyó un paso fundamental para la autonomía reproductiva de las mujeres.

Objeción de conciencia y salud reproductiva

La literatura alude a la objeción de conciencia como una manifestación de desobediencia civil (9)², pero es distinta de ésta. Peces-Barba sostiene que la objeción es

2 La *Evangelium Vitae* enseña la objeción de conciencia a leyes civiles moralmente inaceptables, cuando en verdad se trataría de una desobediencia civil, pues intenta revertir y modificar aquellas leyes que repugnan al evangelio católico. John Rawls señala que muchas veces es difícil dilucidar en términos prácticos cuándo se puede hablar de desobediencia civil o de objeción de conciencia.

una inmunidad o un derecho subjetivo, y supone una excepción a una obligación jurídica(10). La objeción supondría la regulación de la exención de cumplimiento de una obligación jurídica fundamental, derivada normalmente de las relaciones laborales o funcionarias (contrato de trabajo o estatuto funcionario); está dirigida a los poderes públicos y a los particulares y siempre se plantea frente a una obligación personal. El accionar del objetor responde únicamente a dejar a salvo su conciencia, ya sea por razones religiosas o filosóficas.

La entrega de servicios de salud en el ámbito de la reproducción y sexualidad puede pugnar con las convicciones de quien debe otorgarlos. Quien debe ejecutar una acción se ve enfrentado con su conciencia y con los deberes profesionales, legales o funcionarios. En muchos países se recoge la objeción de conciencia en una legislación específica o bien se desprende de las garantías constitucionales.

En los países occidentales, la objeción de conciencia ha surgido tradicionalmente frente a la realización de abortos no punibles, la esterilización y, recientemente, frente al uso de técnicas de fertilización asistida o maternidad sustituta(11). La relación entre salud sexual y reproductiva y la objeción aparece más o menos nítida en la medida en que la primera entraña un conjunto de condiciones y presupuestos que podrían contener visiones éticas contrapuestas.

La salud sexual y reproductiva es un completo estado de bienestar físico, mental y social –y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias–. Supone el derecho de las personas para reproducirse y regular su fecundidad, y que las mujeres no se vean expuestas a riesgos innecesarios frente al embarazo y parto, pudiendo disfrutar de su vida sexual sin riesgos(11, p. 11). El concepto mismo alude a una serie de condiciones para alcanzar ese estado e implica el ejercicio de derechos.

Las decisiones sobre reproducción comprometen la autonomía de las personas, en particular de las mujeres, con el fin de que puedan definir su propio plan de vida. La decisión de una mujer u hombre que desea poner fin a su vida reproductiva a través de la esterilización se contraponen con las convicciones personales de un profesional que sólo intervendría esa capacidad por razones médicas y no por motivos de autonomía.

La incorporación de la anticoncepción de emergencia en Chile: el contexto

La introducción de este fármaco se enmarca en un contexto sociocultural político y económico que da cuenta de profundas transformaciones. Existe una tendencia a una mayor liberalización de las prácticas sexuales, especialmente entre adolescentes(12), y en el marco de cambios de los patrones tradicionales de lo masculino y lo femenino(13). Los significados y las prácticas sexuales de mujeres y hombres ya no responden al “modelo” que formó parte por décadas del sentido común(13).

La aceptación, masificación y legitimación de los métodos de regulación de natalidad se expresan en los perfiles decrecientes del ritmo de crecimiento demográfico en el país, pero también en las opiniones reveladas por diferentes encuestas. Según la del Grupo Iniciativa (1999), la mayoría está de acuerdo con el derecho de todas las personas a usar anticonceptivos dentro o fuera del matrimonio (9 de cada 10). Esta proporción se incrementa entre las jóvenes de 20 a 33 años(14). Estudios realizados en Chile muestran mayor valoración de la necesidad de la educación sexual, protección de las relaciones sexuales, prevención y control del embarazo adolescente, prevención del VIH/SIDA, el rechazo de toda violencia de género, entre otras prioridades.

En 1996, el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) identificó la necesidad de incorporar la anticoncepción de emergencia(AE)(15)³ como política pública. Para ello, realizó una investigación cualitativa(16), cuyo objetivo fue evaluar la aceptabilidad y los aspectos legales de la AE, y la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Chile. Posteriormente, realizó un trabajo de sensibilización con las autoridades de salud sobre la importancia de la AE para reducir embarazos no deseados, particularmente en casos de agresión sexual, todo ello entendiendo que Chile no permite el aborto bajo ninguna circunstancia. El Ministerio de Salud recogió tales consideraciones en el Protocolo de Intervención en los Servicios de Urgencia para Casos de Agresiones Sexuales, de 1998, elaborado por un

3 La anticoncepción de emergencia surge en los años 60 como respuesta médica frente a las consecuencias de una agresión sexual, en particular un embarazo no deseado. En la mayoría de los países se la incluye también en las normas para la atención de los casos de violación. También ha sido conocida como “anticoncepción postcoital” y a la pastilla usada para AE se la ha llamado “píldora del día después”.

conjunto de especialistas de los servicios públicos de salud. No obstante, el ministro de la época decidió emitir una fe de erratas a la recomendación del uso de AE, señalando simplemente desconocerla⁴.

En los últimos cuatro años, iniciativas y procesos de política pública relativos a la AE han trasladado parte de la discusión al espacio judicial. La polémica en los medios de comunicación, en particular en la prensa escrita, ha estado directamente vinculada con las medidas que ha tomado el Ministerio de Salud y organismos dependientes, y con las resoluciones de los tribunales de justicia.

En el transcurso de seis años de debates públicos (2001-2007) se ha logrado la venta del fármaco, primero *Postinor 2* y luego *TACE*, bajo receta médica retenida. Sin duda, su costo constituye una barrera más al acceso oportuno a un medio que, por definición, actúa más eficazmente en las primeras horas luego de una relación sexual no protegida.

La introducción de la AE en el sistema público ha estado plagada de problemas, tanto judiciales como de políticas públicas. Su entrega generó una reacción de un grupo de alcaldes autodenominados "objetores", quienes, desde 2004, no han cambiado su política sobre la provisión de este anticonceptivo ni el gobierno central ha exigido su cumplimiento. En este caso, no hay en verdad una objeción, sino la resistencia directa a obedecer un mandato técnico y de provisión de servicios con el propósito de revertir la política pública. Si consideramos la objeción como una inmunidad, ella sólo estaría contemplada respecto de quien tiene la obligación de prescribir, en este caso los profesionales de salud directamente involucrados, y no respecto de quien pugna por echar abajo la normativa y la política pública sobre la materia.

De ser consistentes con el lenguaje de la objeción, los alcaldes no deberían interferir en el proceso de entrega y asegurar que sus profesionales actuaran conforme a su propio marco ético. El ejercicio de la objeción implica, a su vez, la instalación de una política respetuosa, tanto de las convicciones de la población usuaria como de sus profesionales.

La esterilización voluntaria

La modificación de la regulación sobre esterilización voluntaria se gesta en un contexto de demandas del movimiento de mujeres que exigen respeto y garantía a sus derechos en sus decisiones reproductivas⁽⁸⁾. Al dictar la Resolución Exenta N° 2.326, que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina⁵, la autoridad dio cumplimiento a la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada en 1989, y a los acuerdos suscritos por Chile en la Conferencia sobre la Mujer (Beijing 1995). Esta Resolución regula la esterilización voluntaria de las mujeres y permite la realización de vasectomías (procedimiento que antes no estaba reglamentado ni asegurado) en establecimientos dependientes de los servicios públicos de salud, derogando todas las disposiciones discriminatorias por género y edad.

La normativa anterior, de 1975, establecía que las mujeres podían esterilizarse siempre que tuvieran una condición médica que lo justificara, tuvieran más de 32 años y 4 hijos vivos. El requisito de edad se reducía a 30 años si existía riesgo obstétrico. Además, los jefes de servicios gineco-obstétricos exigían el consentimiento del marido; cuando la mujer era separada o convivía, se solicitaba la autorización de la pareja, independientemente del estado civil. Esta norma sólo se aplicaba en los centros de salud públicos, con lo cual se producía una discriminación por razón de la clase social⁽⁸⁾.

En síntesis, la nueva normativa estipula que se puede acceder a la esterilización a petición de la persona solicitante, por recomendación médica o a solicitud de terceros, en casos especiales. Es una decisión personal y emana de la voluntad libre manifestada por quien lo solicite, sin que ello quede supeditado a la aprobación de terceras personas, en el caso de mayores de edad en posesión de sus facultades mentales. Antes de la esterilización, el profesional tratante –médico o matrona– debe entregar consejería en salud sexual y reproductiva a la persona, con información completa de métodos anticonceptivos y sobre la situación de irreversibilidad, en caso de vasectomía, y de alta improbabilidad de reversión, en caso de esterilización femenina, incluyendo las posibles complicaciones y porcentaje de fracaso de

4 Escrito presentado por Lidia Casas y Pablo Isla a la Corte de Apelaciones, 2001, representando al Instituto Chileno de Medicina Reproductiva ICMER, la Asociación Chilena de Protección a la Familia APROFA y la Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS.

5 Fue dictada por el Ministerio de Salud de Chile el 30 de noviembre de 2000.

ambas. Si el solicitante persiste en su decisión, se dejará constancia previa en un documento. La persona podrá desistirse antes de iniciado el proceso, bastando para ello su mera declaración en tal sentido. En caso de que se vaya a practicar la esterilización durante la realización de una operación cesárea, se deben efectuar antes los procedimientos de consejería. Para la esterilización de personas en edad reproductiva que padecen de una enfermedad discapacitante que produzca carencia de discernimiento, se requiere el consentimiento del apoderado del paciente que ratifique la opinión del médico tratante.

Hasta 2000, el promedio anual de esterilizaciones quirúrgicas femeninas era de 15 mil al año, y en 2006 subió a alrededor de 21 mil. El mayor aumento se produjo en la salud pública, donde hubo 18 mil intervenciones, mientras que en los centros hospitalarios privados sólo hay registrados 2.811 casos(17). Según un informe del Ministerio de Salud, en 2000 se realizaron 16.344 esterilizaciones femeninas y 137 vasectomías, lo que representa el 99,2% y el 0,8% del total de esterilizaciones, respectivamente(18). Este fue el primer año en el cual se realizaron vasectomías en el sistema público de salud.

Este diagnóstico reportó que el total de servicios de salud (28) realizaron esterilizaciones femeninas y sólo 9 efectuaron vasectomías. Además, no todos ellos contaban con información sobre el número de solicitudes de esterilización femenina, lo que no permitió conocer cuál era el nivel de demanda insatisfecha para este procedimiento en estos servicios. De los servicios que contaban con esta información (21), sólo tres dieron respuesta a la demanda de esterilización en un ciento por ciento de las solicitudes (Servicios de Salud Aysén, Araucanía Norte y Bío-Bío). Los servicios con más alta demanda insatisfecha fueron los de Arica (45%), Metropolitano Norte (56%) y Metropolitano Oriente (57%). En relación con la esterilización masculina, sólo seis servicios registraron el número de solicitudes de vasectomía, por lo que no es posible conocer el nivel de demanda de este procedimiento ni su grado de respuesta por parte de los servicios. El mayor número de vasectomías se realizó en los servicios de salud Valparaíso (48%) y Metropolitano Norte (28%)(18).

Las causas más frecuentes para no realizar las esterilizaciones solicitadas fueron la falta de horas médicas de anestesistas y gineco-obstetras, la falta de horas de pabellón, la ausencia de implementación de pabellones

de cirugía laparoscópica y el rechazo por exigirle a las mujeres los requisitos de la normativa anterior (edad y número de hijos, por ejemplo)(18, p. 47).

Tensiones entre objeción de conciencia y salud reproductiva

Tanto la esterilización voluntaria como la anticoncepción de emergencia –en cuanto tecnologías anticonceptivas– son un derecho para mujeres y hombres. En las últimas décadas hemos asistido a diferentes cambios sociodemográficos y normativos, influenciados por un fenómeno de gran relevancia: se ha modificado el valor social asignado a la sexualidad y a la reproducción. A partir de los diferentes procesos de modernización, ha surgido un elemento central para posibilitar el ejercicio de los derechos en este campo, se trata de la separación entre sexualidad y reproducción o, como lo llama Montaña(19), la separación entre erotismo y fertilidad.

Este proceso va ligado al acceso a los métodos de regulación de la fecundidad y a la implementación de programas de salud reproductiva en el ámbito público, repercutiendo en el proceso de toma de decisiones de las mujeres respecto a su sexualidad y reproducción. Según Dides(1), se trata de un nuevo camino de búsqueda de autonomía de las mujeres y, por tanto, un cuestionamiento a los sistemas de dominación de género en estos campos. Pero, también, ha repercutido en diversos debates sociales que muchas veces esconden concepciones del orden social, su institucionalización y sus regulaciones. En la medida en que el debate se enfoque sólo en aspectos técnicos o biomédicos, se elude una discusión vigorosa sobre el contenido y alcance de los derechos involucrados(20).

La separación entre sexualidad y reproducción ha dado paso a la construcción de los denominados “derechos sexuales y reproductivos”, que buscan refundar la relación entre lo público y lo privado en forma de un cambio de paradigma. Se definen como derechos y libertades fundamentales de todas las personas –sin discriminación–, que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre aspectos consustanciales a la vida humana. Su ejercicio implica contar con información y acceso a los servicios y medios que se requieren para ejercer estas decisiones. También conlleva el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo de placer, bienestar y felicidad posibles(21). En este sentido, la

anticoncepción de emergencia y la esterilización voluntaria son un gran avance para el ejercicio de estos derechos, porque permiten tomar decisiones autónomamente para evitar un embarazo no deseado.

La vida personal de las mujeres ha entrado en un campo de negociación de la intimidad; se ha convertido en un proceso personal y abierto que ha creado nuevas demandas. En general, los procesos de liberalización e introducción de nuevos principios, valores y discursos que ordenan la relación entre cuerpo, sexualidad y reproducción se ven enfrentados a nuevos nudos problemáticos.

Según Dides(1), los avances tecnológicos en materia de reproducción implican nuevos campos de conflicto, especialmente valóricos, en la medida en que ponen en cuestión las formas tradicionales de entender instituciones sociales básicas y principios de filiación. Chile vive un proceso de doble agenda: por una parte, un elevado

estándar de vida en términos de consumo material e infraestructura, así como en demandas e intereses sociales; por otra, déficit y necesidades propias de un país subdesarrollado del tercer mundo.

La utilización de un lenguaje normativo con alto poder de persuasión moral detrás de los derechos humanos, invocando la objeción de conciencia para no realizar ciertos deberes profesionales, esconde una parte significativa de esta tensión. Los derechos entre profesionales y usuarios se enfrentan, dejando a estos últimos ausentes de la resolución del conflicto y como si ello fuera sólo un accidente. Los usuarios del sistema de salud deben ser protegidos en sus derechos. Se deben buscar fórmulas transparentes, intentando maximizar ambos actores y evitando la suma cero. Pero, ante el límite y sin otra opción, los prestadores de salud deberían hacer honor a sus responsabilidades funcionarias y profesionales.

Referencias

1. Dides C. *Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, UNFPA; 2006.
2. Casas L. La batalla de la píldora. El acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina. *Derecho y Humanidades* 2004; 10: 187-203.
3. Beck U, Giddens A, Lash S. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
4. Zárate MS. Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920. En: *Monográficas 1, Nomadías*. Santiago de Chile: Programa de Género y Cultura en América Latina (PGAL), Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile; 1999: 169.
5. Illanes MA. *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993: 459.
6. Jiles X, Rojas C. *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS; 1992.
7. Dides C, et al. La política de fecundidad en el Chile actual: docilización o autonomización. En: *Anuario del Programa de Género y Cultura*. Santiago de Chile: Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile; 1996.
8. Casas L. *¿Del control a la autonomía?* Informe de Investigación. Santiago de Chile: Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales; 2004: 5-6.
9. Rawls J. *Teoría de la Justicia*. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2002: 335-338.
10. Peces-Barba G. *Derecho y derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1993: 384-388.
11. Cook R, Dickens B, Fathalla M. *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Oxford y Profamilia; 2003: 133.
12. Ministerio de Salud. *Estudio nacional de comportamiento sexual*. Santiago de Chile: MINSAL; 2000.
13. Sharim D, et al. *Los discursos contradictorios de la sexualidad*. Santiago de Chile: Ediciones Sur, Colección Estudios Sociales; 1996: 83.
14. Grupo Iniciativa. *Encuesta nacional: Opinión y actitudes de las mujeres chilenas sobre las condiciones de género*. Santiago de Chile; 1999.
15. Díaz S, Croxatto HB. Anticoncepción hormonal de emergencia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

- Actualización de: Díaz S, Croxatto HB. Anticoncepción de Emergencia. En: Pérez Sánchez A, (ed.) *Ginecología*, 3a edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2003: 1067-1073. (Sitio en Internet) Disponible en www.anticoncepciondeemergencia.cl
16. Díaz S, Hardy E, Alvarado G, et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. Facilitating factors versus obstacles. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6):1729-1737.
 17. Rajevic P. ¿Por qué están colgando la opción maternal? Esterilización voluntaria: ¿Por qué aumenta en las jóvenes? Revista Mujer. *La Tercera*, 20 de mayo de 2007.
 18. Schiappacasse V, Vidal P, Casas L, et al. *Chile: Situación de salud y derechos sexuales y reproductivos*. Santiago de Chile: ICMER, CORSAPS, SERNAM; 2003: 47.
 19. Montaña S. Los derechos reproductivos de la mujer. En: *Estudios Básicos de Derechos Humanos*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 1996.
 20. Casas L, Contesse J. *La píldora del día después, Derechos sexuales y reproductivos, protección de la vida y políticas públicas*. Caso preparado para Casoteca Latino-Americana de Derecho y Política Pública de la Escola de Direito de Sao Paulo de la Fundación Getulio Vargas. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.gvdireito.com.br/casoteca/casosEspanhol.aspx?PagId=DKGCTRVO>
 21. Dides C. Proyecto de Ley marco sobre derechos Sexuales y Reproductivos. En: Vidal F, Donoso C, (edit.) *Cuerpo y Sexualidad*. Santiago de Chile: Vivo Positivo, FLACSO, Universidad Arcis; 2002.

Recibido: 6 de julio de 2007.

Aceptado: 3 de agosto de 2007.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: CONFIDENCIALIDAD Y VIH/SIDA EN ADOLESCENTES CHILENOS

Ester Valenzuela Rivera y Lidia Casas Becerra*

Resumen: Los adolescentes enfrentan obstáculos culturales e institucionales al momento de concurrir a los servicios de salud en busca de atención en salud sexual y reproductiva. Los jóvenes que se autoperciben de riesgo en VIH/SIDA experimentan discriminación por consideraciones socioeconómicas, y se vulnera su derecho a acceder a servicios de salud bajo un marco de confidencialidad, desconociendo el principio de autonomía progresiva y la evolución de sus facultades. La Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), ratificada por Chile, provee un marco jurídico que propicia un diálogo y una nueva relación de los adolescentes con la familia, el Estado y la sociedad, e instala un nuevo paradigma a partir del cual la infancia y la adolescencia son consideradas sujetos de derechos.

Palabras clave: adolescentes, VIH/SIDA, autonomía progresiva, confidencialidad

REPRODUCTIVE AND SEXUAL RIGHTS: CONFIDENTIALITY AND HIV/AIDS IN CHILEAN ADOLESCENTS

Abstract: Adolescents face cultural and institutional obstacles when visiting health care services searching for sexual and reproductive health care. Youngsters who consider themselves at risk for HIV/AIDS undergo discrimination due to socioeconomic reasons, and their right to health care access is infringed under a confidential framework. The principle of progressive autonomy and the evolution of their faculties is ignored. The International Convention for Child's Rights, ratified by Chile, provides a legal framework for dialogue and for a new relationship between adolescents with their family, the State and society, establishing a new paradigm to consider infants and adolescents as subjects to rights.

Key words: adolescents, HIV/AIDS, progressive autonomy, confidentiality

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: CONFIDENCIALIDADE E HIV/AIDS EM ADOLESCENTES CHILENOS

Resumo: Os adolescentes enfrentam barreiras culturais e institucionais no momento se utilizarem os serviços de saúde em busca de cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Os jovens que se auto percebem como de risco HIV/AIDS, são discriminados por questões sócio-econômicas e se enfraquece seu direito de acesso aos serviços de saúde sob um marco de confidencialidade, desconhecendo o princípio de autonomia progressiva e a evolução de suas facultades. A Convenção Internacional de Direitos da Criança, ratificada pelo Chile, prevê um marco jurídico que possibilita um diálogo e uma nova relação dos adolescentes com a família, o Estado e a Sociedade, e instala um novo paradigma a partir do qual a infância e a adolescência são considerados como sujeitos de direitos.

Palavras-chave: adolescentes, HIV-AIDS, autonomia progressiva, confidencialidade

* Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales, Chile
Correspondencia: lidia.casas@udp.cl

Introducción

Algunas de las cuestiones más tratadas en el ámbito de la salud son la confidencialidad y el consentimiento informado(1-3), particularmente relevantes en la atención en salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Si el tratamiento y la detección del VIH/SIDA han provocado discusiones en torno al alcance de dicha salud, resulta aún más relevante discurrir sobre ello cuando los afectados son adolescentes.

La tendencia mundial es el aumento alarmante del VIH/SIDA en la población joven –entre los 15 y los 24 años– e incluso a una edad más temprana(4). Un enfoque integral para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA requiere de un marco ético sobre la confidencialidad para la población afectada o en riesgo. Ello implica aplicarla en la consejería, considerando la autonomía progresiva de los adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Las prácticas en Chile atentan contra la protección efectiva de los derechos de los adolescentes. La literatura constata la existencia de una serie de barreras culturales e institucionales cuando los jóvenes desean acceder a métodos de prevención de embarazos o de enfermedades de transmisión sexual(5,6). En los servicios de salud públicos, si un adolescente opta por el uso de preservativo como método preventivo de enfermedades de transmisión sexual (ITS) se enfrenta con dificultades para obtenerlos¹.

Derechos de la infancia y la adolescencia

Durante el siglo XX la protección de la infancia vivió trascendentales transformaciones. Desde 1959 en adelante, al alero de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se va conformando un *corpus* normativo sobre la protección de los derechos de los niños, quienes eran considerados como objetos de medidas de protección y no sujetos de derechos.

El desenlace de este proceso es la Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN) en 1989, ratificado por Chile en 1990. Pese a que ha generado la

mayor adhesión en la comunidad internacional(7)², su aplicación no ha sido fácil y ha encontrado los mayores escollos para su concreción en las propias legislaciones internas. Chile no escapa a ello.

La Convención dio un giro sobre la concepción de infancia existente: los niños niñas y adolescentes pasan a tener el estatus de sujetos de derechos, con derecho a actuar en favor de su propio bienestar, tomándose en cuenta su participación y, lo que es más importante, entendiendo que dicha participación es fundamental en su desarrollo.

El niño y niña son ahora definidos conforme a sus atributos y derechos respecto de su familia, del Estado y de la sociedad. Ello implica la protección general de sus derechos humanos y una complementaria, traducida en los derechos contenidos en la Convención.

La CIDN define niño/a, señalando que “...es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (Artículo 1º CIDN). No establece un rango de edad que distinga entre niñez y adolescencia; esta última no es un concepto explícito en la Convención. “En realidad el significado de este artículo es que debe protegerse al niño hasta la edad de 18 años como mínimo, pero que como el niño también es un sujeto de derecho debe beneficiarse de cierta autonomía antes de los 18 años. Por esta razón, el artículo 1º de la Convención queda relativamente abierto”(8).

Aun cuando la Convención explicita el concepto de “adolescencia”, no establece la existencia de etapas. El artículo 5º, sin embargo, reconoce una evolución de las facultades desde la infancia a la adolescencia. En otras disposiciones se introducen los términos “edad” y “madurez”, manifestadas cuando se consagran los derechos a la libertad de expresión, de pensamiento, conciencia y religión, cuyo ejercicio alude a la evolución de facultades de los niños. Por otra parte, la Convención acepta que los padres den dirección y orientación apropiadas al niño, pero que, al hacerlo, actúen considerando la evolución de sus facultades, edad y madurez.

1 Estas apreciaciones surgen de entrevistas a profesionales de servicios de atención primaria de la Región Metropolitana y VI Región y a profesionales de clínicas privadas y con consulta particular de la Región Metropolitana. Fueron además entrevistados los encargados del Programa de Salud de los Adolescentes del MINSAL en el marco de la elaboración del proyecto de tesis sobre el mismo tema.

2 Hasta el 17 de abril de 2007, la CIDN había sido ratificada por 140 Estados, véase <http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/11.htm>. Es la primera Convención más ratificada en la comunidad internacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica”(9), indicando que los adolescentes serían todos aquellos sujetos entre los 10 y los 19 años de edad(9).

El Comité de los Derechos del Niño, haciendo eco de la definición de la OMS, se refiere a la adolescencia como “...un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva, la adquisición gradual de asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos”(10). Los adolescentes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad por los cambios que enfrentan; su etapa constituye una transición, hay un cambio en las relaciones familiares, búsqueda de identidad personal y gestión de su propia sexualidad(10).

Para Erikson, “los adolescentes de hoy y mañana están luchando permanentemente por definir nuevos tipos de conducta que sean aplicables a sus vidas; sin embargo, esto está dentro del contexto de dos factores culturales (...) el escepticismo respecto de toda autoridad, la negativa a definir la autoridad auténtica o a rehusar asumir la autoridad que les pertenece por derecho y por necesidad”(11) y la existencia de un hedonismo extraordinario –empleando la palabra en su sentido más amplio–, que implica una desacralización de la vida y la actitud de que toda experiencia es permisible e incluso deseable.

Una etapa de vulnerabilidad

La adolescencia es una etapa con procesos de socialización en la que los jóvenes están pendientes de la aprobación social y, sobre todo, de la de sus pares; esto debilita su autoimagen y su autoestima haciéndolos vulnerables a las drogas, al alcoholismo, a agresiones, accidentes, etc.(12). La alta prevalencia de comportamientos de riesgo, especialmente entre los 16 y 24 años, podría generar hábitos negativos para la salud por el resto de la vida. Estos comportamientos se traducen no sólo en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro, sino en problemas que sufren ya los propios adolescentes, como el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual o los accidentes que encabezan la patología en esta edad.

Derechos sexuales y reproductivos

Según antecedentes aportados por UNICEF, en América Latina y el Caribe más del 50% de los jóvenes menores de 17 años han tenido relaciones sexuales. Estudios realizados en Chile –con diversas metodologías– advierten una iniciación sexual más temprana, tanto en hombres como en mujeres: el 60% de éstas se inician sexualmente entre los 15 y 18 años, mientras que entre los varones el 66%(13).

Más de la mitad de las infecciones por VIH que se producen en la actualidad afectan a jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Según el informe de la UNICEF, “todos los días, aproximadamente 1.700 niños y niñas contraen VIH. En la actualidad se estima que existen en el mundo aproximadamente 2,1 millones de menores de 15 años que viven con VIH. En 2003, cerca de 630.000 niños y niñas contrajeron el virus. Agrega que la vía principal de contagio entre adolescentes son las relaciones sexuales sin protección(4). En Chile ha ido en aumento el número de personas contagiadas: la tasa, que en los 80 era de 1,3 por 100 mil habitantes, ascendió a 7,1 en el quinquenio 2000-2005(14).

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y de procrear sin riesgos; asimismo, la libertad para decidir cuándo, con quién y con qué frecuencia hacerlo(15). Los determinantes de salud, tal como sostienen Correa y Petchetscky, requieren de “condiciones facilitantes” para hacer efectivos el derecho a la salud, la integridad y la autonomía reproductiva(16). Ello significa obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para regular la fecundidad y evitar el contagio con ITS.

La atención en salud debe brindarse de acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos, es decir, respetando y garantizando el ejercicio de aquellas libertades y derechos. Aun cuando estos derechos no se incluyen en un solo documento internacional, están en íntima conexión con los consagrados como fundamentales, tales como el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, a la salud, a la intimidad, a la no discriminación, entre otros. Debemos recordar que el derecho internacional es un cuerpo mínimo y subsidiario y que los tratados internacionales señalan derechos en su contenido esencial primario o básico(17), pudiendo ser detallados o ampliados conforme a la práctica e interpretación. Por ello, los tratados internacionales

sobre derechos humanos no deben interpretarse como una lista taxativa, sino como espacio abierto a la maximización del sistema total de derechos personales. Así debe entenderse la CIDN.

La Constitución chilena no hace referencia explícita a derechos sexuales; sin embargo, sí se refiere al tema de la autonomía sexual. Ello fue patente en la despenalización de las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo, derogándose el antiguo artículo 365 del Código Penal(18). Toda la normativa sobre esterilización voluntaria(19) y, posteriormente, el Decreto Supremo del Ministerio de Salud referido a Normas Nacionales sobre Regulación de la Fecundidad, proveen un marco teórico y técnico que recoge los derechos sexuales y reproductivos(20). No obstante, el tratamiento a los adolescentes en salud es aún ambiguo; las normas aluden a ellos como un grupo que requiere atención especial y establecen la necesidad de confidencialidad de la información basada en los principios éticos(20).

Desde octubre de 2000 se encuentra en discusión en el Congreso un proyecto de ley sobre autonomía y control sobre el cuerpo, confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva y conveniencia de un acceso a información clara, comprensible y completa sobre métodos de regulación de la fertilidad y de prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Asimismo, el proyecto prohíbe toda forma de discriminación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, estableciendo explícitamente como criterio de sospecha de discriminación la edad y la orientación sexual(21).

La ley también sugiere reconocimiento de la autonomía progresiva. En materia civil, para efectos del Derecho de Familia y patrimoniales, no hay un tratamiento unívoco(22). El adolescente está facultado para un reconocer un hijo sin intervención de la autoridad paterna y puede testar y contraer matrimonio desde los 16 años³. También está en condiciones de contratar, ser considerado capaz para efectos de la administración de su peculio profesional y se le otorga la facultad de celebrar un contrato de trabajo con disposiciones que lo protejan.

Por su parte, la tendencia en el Derecho Penal ha sido reconocer la responsabilidad que le cabe al adolescente

a partir de los 14 años frente a la infracción de la ley⁴. En materia sexual, y reconociendo que el inicio de la actividad sexual sea precoz, la misma ley 19.927 recoge la idea de que los menores no sean objeto de sanción penal bajo ciertas hipótesis.

La noción de autonomía progresiva en conexión con los derechos sexuales y reproductivos ha sido recogida en el Derecho Comparado a partir de las decisiones de los tribunales, asentando el reconocimiento de derechos personalísimos de los adolescentes y las limitaciones a la autoridad parental en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Es interesante advertir cómo las cuestiones de la autonomía progresiva y el control parental fueron resueltas por la Corte de Apelaciones de Santiago en el caso Zalaquett y otros contra la Ministra de Salud(23). Un alcalde y un par de padres adujeron que las Normas Nacionales de Regulación de la Fecundidad afectaban el derecho de propiedad de los padres sobre la educación de sus hijos, lo que atentaría contra la autoridad de éstos, pues se permitía la entrega de métodos anticonceptivos sin su conocimiento ni su consentimiento(23). La Corte rechazó por unanimidad los fundamentos del recurso, estableciendo que la medida no afecta el ejercicio de este derecho: "Los padres, no obstante el acto cuestionado, siempre podrán educar a sus hijos en las cuestiones de la sexualidad y regulación de la fertilidad de manera que en su concepto les parezca adecuada, incluso expresamente podrán formarlos para que no recurran en circunstancia alguna a la ingesta del anticonceptivo de emergencia, sin que en su afán de contrariar la política gubernamental puede acarrearles consecuencia negativa alguna, porque importa el ejercicio del derecho constitucional de educar a los hijos" (23, cons. 7º).

Los padres intentan enseñar valores y creencias, pero los hijos están en condiciones, por sí solos, de concretar su propio plan de vida, adoptando, modificando o rechazando aquellos valores o creencias que los padres intentaron inculcar.

VIH/SIDA y adolescentes

La comunidad internacional se ha preocupado de la situación de la infancia afectada y sus derechos en

3 Artículo 5º Ley de Matrimonio Civil Nº 19.947 publicada en el Diario Oficial, 17 de mayo de 2004.

4 Ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Juvenil publicada en el Diario Oficial, 7 de diciembre de 2005.

el contexto del VIH/SIDA. Se han definido algunos principios para reducir la vulnerabilidad de los niños a la infección y para protegerlos de la discriminación por causa de su condición de seropositivo real o presunta(24).

Según estos principios, los Estados deben garantizar el derecho del niño a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, evitar la separación de sus padres o familias por esta causa y asegurar que tengan acceso a información sobre el VIH/SIDA y a los medios de prevención, para lo cual deben eliminar los obstáculos sociales, culturales, políticos o religiosos que impiden este acceso, y reconocer el derecho de los niños a la confidencialidad e intimidad con respecto a su condición de seropositividad(24).

Esto implica el reconocimiento de que las pruebas para la detección del VIH deben ser voluntarias y realizarse con el consentimiento informado de la persona afectada, el que debe obtenerse en el contexto de consejería previa a las pruebas. Si intervienen los tutores legales del niño, deberá prestarse la debida atención a la opinión de éste, si es suficientemente mayor o maduro para opinar al respecto(24).

El Comité de los Derechos del Niño, en su “Observación General (3) El VIH/SIDA y los derechos del niños”, sostiene que la presencia del VIH/SIDA repercutirá en todos los ámbitos y derechos de la vida de un niño, por lo cual insta a los Estados a que sus servicios de salud sean suficientemente receptivos a las necesidades de los menores de 18 años, en particular de los adolescentes(25).

Sobre los servicios y la confidencialidad, el Comité ha puesto especial énfasis en que el niño debiera tener un mejor acceso a servicios de salud; que éstos sean amigables y le permitan participar en las decisiones que afectan a su salud; que actúen con confidencialidad y no supongan juicios de valor; que no requieran el consentimiento parental ni sean discriminatorios. También, que la condición seropositiva, cuando se trate de un adolescente suficientemente maduro, no sea conocido por terceros, incluyendo a los padres(25, *pár. 24*).

Para ello se requiere de personal calificado “que respete cabalmente el derecho del niño a la vida privada y a no sufrir discriminación respecto del acceso a la información sobre el VIH, (que) el asesoramiento y las pruebas de detección se lleven a cabo de manera

voluntaria, (que) el niño tenga conocimiento de su estado serológico con respecto al VIH, (que) tenga acceso a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, a métodos o servicios anticonceptivos”(25 *pár. 20 y 11*).

Autonomía

La noción de salud sexual y reproductiva ha sido generalmente comprendida en forma limitada por los encargados de las decisiones en políticas públicas. Este hecho es especialmente problemático cuando los titulares del derecho son personas cuya capacidad para elegir es reducida por la minoría de edad. Históricamente, los niños y los adolescentes han sido tratados más como objetos que como sujetos de preocupación por su situación de pobreza o irregularidad. Se los ha definido a partir de sus carencias—como la capacidad jurídica— y no tanto en razón de los derechos de los que son titulares(26).

Si bien la CIDN cambia este paradigma, algunos adultos insisten en considerar a los niños como arcilla moldeable a la luz de sus aspiraciones y exigencias(27), o que la relación adulto-niño descansa sobre la base de amor, cuidado y altruismo, por lo cual el espacio familiar es protegido de intervención(28).

La idea del adolescente como titular de derechos colisiona, con mucha frecuencia, con los deseos de los padres(29). La autonomía es una condición esencial para el ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos. En el caso de los adolescentes, ella es adquirida a través del tiempo, en razón de la evolución de sus facultades, de su edad y madurez.

La CIDN señala que el ejercicio de los derechos del niño será en consonancia con la evolución de sus facultades; esta es la antesala al concepto de evolución progresiva de competencia del niño para ejercer sus derechos con creciente autonomía. El ejercicio de la autoridad, cualquiera sea su naturaleza jurídica, se orienta y limita por los derechos que el ordenamiento jurídico reconoce al niño, considerando, además, los principios de autonomía progresiva en el ejercicio de sus derechos y de participación en todos los asuntos que le afecten(26, *p. 3*).

Señala, además, las funciones parentales de orientación y dirección, y que, en subsidio, ellas recaen en el Estado. Queda claro que el ejercicio de derechos

es creciente según edad y evolución de facultades y, asimismo, la adquisición de responsabilidades por los actos individuales.

Fijar una edad a partir de la cual consideremos que los adolescentes pueden actuar con autonomía sexual es complejo, y en muchos casos el límite puede ser arbitrario. Sin embargo, lo razonable sería armonizar con la legislación nacional en la que se determinan deberes y responsabilidades a los jóvenes, en lo civil y en lo penal. De esta forma, establecemos una simetría entre la obligación de cumplir deberes y la capacidad para ejercer derechos, ya que si un adolescente es responsable socialmente y tiene deberes en conformidad a sus facultades –esto es, los 14 años para reconocer un hijo–, lo mismo debiera aplicarse respecto del ejercicio de sus derechos, entre éstos los sexuales y reproductivos.

La importancia de incorporar la perspectiva de autonomía progresiva en el análisis de los derechos de la infancia y adolescencia responde a la necesidad de visualizar la vulneración de importantes derechos consagrados en la Convención.

La Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales(30), cuando desarrolla el derecho a la salud, establece “el deber por parte de los Estados miembros de proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la toma de decisiones que afecten su salud (...) el ejercicio del derecho a la salud por parte de los adolescentes dependerá de la atención”, que ésta sea respetuosa a los jóvenes, tomando en cuenta su derecho a la confidencialidad y la vida privada, y menciona la necesidad de establecer servicios adecuados de salud sexual y reproductiva(30).

La postura de quienes niegan el derecho de los jóvenes a recibir información y servicios sobre la salud reproductiva en confidencialidad suele revelar el temor de que se adelantaría su sexualidad en forma precoz(31). En un sentido complementario, se discute que estas políticas o programas puedan propiciar la ruptura del vínculo entre sexualidad, amor, compromiso y reproducción. Bajo estos supuestos, se suele argumentar que incorporar la presencia de los padres se ampara en el interés superior del niño recogido en la Convención americana. Quienes así arguyen sostienen la visión de que niños y adolescentes siguen siendo objeto de protección y control de parte de los padres u otros

adultos. Esto es lo que Cillero denomina “paradoja”: la negación de la autonomía para asegurar los derechos de los adultos(27, p. 60). Si existe obligación del Estado de fortalecer la misión educativa de la familia, ello se produce en términos de alcanzar la autonomía del adolescente y no de negarla.

La posibilidad del ejercicio de los derechos en forma autónoma –con criterios de progresividad de acuerdo con la edad– implica el abandono de prácticas de subordinación de niños y adolescentes a sus padres, a las instituciones y a los adultos en general, y el reemplazo por funciones de orientación y dirección para que ellos ejerzan los derechos de los cuales son titulares. El desafío es aceptar las diferencias y ampliar los espacios de decisión, de diálogo y de construcción colectiva, en los cuales los adolescentes encuentren su lugar desde sus particularidades y anhelos(32).

Es posible pensar que la idea de “suficiente madurez” –que debe ser considerada por los prestadores y que se erige como guía en la práctica clínica– no hace sino trasladar la potestad parental al control biomédico. Admitiendo esta prevención, la idea permite, al menos, que los adolescentes encuentren espacios de autonomía en el ámbito de la salud cuando ya se han iniciado sexualmente.

Confidencialidad y adolescentes

La salud no puede ser percibida aisladamente de consideraciones de clase y de género, y la confidencialidad en el acceso a los servicios de salud está cruzada por ambas. La edad profundizaría la inequidad(32). En el ámbito de la salud sexual y reproductiva se advierte discriminación en contra de las adolescentes sólo por ser mujeres y pobres, y las niñas menores de 14 años sexualmente activas pueden ser objeto de interferencias en su vida privada, toda vez que a los profesionales de la salud pública se les instruye notificar de su actividad sexual(33). Por su parte, los varones de la misma edad atendidos en los servicios de salud –públicos o privados– no son objeto de las mismas intromisiones. Nuestras construcciones sociales de la masculinidad revelan que sería inimaginable que la sexualidad “precoz” de un varón se entendiera como problemática cuando acude a un servicio de salud en busca de profilácticos. Tal como sostienen Dehne y Riedner, en ciertas culturas se espera que los varones adolescentes cuenten con cierta experiencia sexual(34).

Ahora bien, cuando los adolescentes –mujeres y hombres– se autoperceben de riesgo frente al VIH/SIDA y se presentan como tales ante los prestadores de salud, enfrentan mayores prejuicios y barreras al solicitar consejería y servicios para la detección del virus. Ello les priva de su derecho a que la confidencialidad sea resguardada. La tendencia en servicios públicos es que los adolescentes no puedan acceder en reserva, no así cuando son atendidos en servicios de salud privados.

Hay una suerte de vacío legal, pues la Ley sobre VIH 19.779, en vigencia desde 2001, establece la prohibición de revelar la situación de seropositividad de una persona; sin embargo, la situación del adolescente que concurre solicitando la realización del examen estaría fuera del marco de protección. La ley no previó la situación de los adolescentes, y aún no se dicta el reglamento que debía complementar la ley.

La ambigüedad en el tratamiento de los adolescentes se encuentra reafirmada por lo señalado en el Boletín Técnico N° 13 del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)(35): “Examen VIH en menores de edad: Los menores de edad legalmente “incompetentes” pueden [sic], en ciertos casos, considerarse como competentes para tomar decisiones relacionadas con su salud. En algunos países emerge el concepto de ‘mayoría sanitaria’ a partir de los 14 años. En Chile no existe consenso ni disposición legal al respecto; sin embargo, en la práctica, las personas menores de edad deben ser adecuadamente informadas de su estado de salud, los procedimientos y los tratamientos que reciben. Lo anterior amerita una evaluación en cada caso dependiendo de la edad del menor; sin embargo, el representante legal o tutor debe ser informado y ser quien decida la realización del test”.

La Resolución Exenta N° 371, del 2 de febrero de 2001, guarda silencio sobre los adolescentes, por lo cual la única guía es el ya citado Boletín.

Se podría argumentar que no es necesario que exista una norma especial, puesto que el Código Penal sanciona la revelación de secreto⁵. Sin embargo, el secreto se relativiza frente a materias de política sanitaria, y se establece explícitamente la notificación de las ITS conforme con lo establecido en el Código Sanitario, u otras situaciones que se encuentran revestidas de caracteres de delito. De ello no se desprende, empero, que los

resultados o el acceso al test deban ser comunicados a los miembros de la familia.

Todo lo anterior contrasta con las metas y objetivos declarados por el Poder Ejecutivo en sus planes y programas, tanto en la Política Nacional de la Infancia y Adolescencia como en los Objetivos Sanitarios, ambos para el período 2000-2001. El primero contiene las orientaciones éticas valóricas y operativas y dispone de un instrumento de planificación efectivamente intersectorial(36). Tiene como principios rectores el concepto de niño como sujeto de derecho especial, el interés superior del niño, la responsabilidad primordial de los padres y la familia en la crianza de sus hijos, la igualdad entre la madre y el padre, y principios orientadores entre los que se encuentran la igualdad de derechos, autonomía progresiva y la no discriminación.

Por su parte, los Objetivos Sanitarios pretenden enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, y disminuir las desigualdades en salud(37). Se refieren también a los cambios de comportamientos de la población adolescente, buscando, a través de la educación sexual integral y el mejoramiento de los servicios, reducir el embarazo en este grupo etario y, con ello, la transmisión de ITS(37).

Sin embargo, ello no se condice con lo que sucede en la práctica: en el plano de la educación sexual, un proceso lento y tortuoso para llevar a cabo un plan nacional; en el de la salud, evidentes barreras de acceso a la consejería y a métodos de regulación de la fecundidad y prevención del VIH/SIDA.

Conclusiones

La realidad de los servicios públicos de salud en Chile revela que lo que prima es el arbitrio o discreción del profesional para respetar la confidencialidad de los menores de edad en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Pese a que el gobierno puede emplear el marco de la CIDN para asegurar el fomento y defensa de los intereses superiores de los niños respecto del VIH/SIDA, no se advierte una consonancia entre las políticas y las obligaciones, con lo cual la actuación del Estado se queda sólo en declaraciones.

No hay servicios sensibles a las necesidades especiales de los adolescentes y, por el contrario, han dado lugar

5 Artículo 247 del Código Penal.

a mayores vulneraciones. Para ser consistentes, una preocupación efectiva implicará transformaciones radicales en la formulación e implementación de políticas

públicas. De no materializarse, las obligaciones que Chile ha suscrito quedarán en meros discursos.

Referencias

1. Cook R, Dickens B. Recognizing adolescents 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive health care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2000; 70(1): 13-21.
2. Casas L, Isla P. Confidencialidad de la información médica: Análisis Jurídico de la situación en Chile. En: Casas L, Dides C, Isla P. *Confidencialidad de la Información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva*. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales; 2002: 91-118.
3. Dides C. El proceso de consentimiento informado en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. En: Casas L, Dides C, Isla P. *Confidencialidad de la Información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva*. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales; 2002: 121-140.
4. Bellamy C. *Informe del Estado Mundial de la Infancia 2005. La Infancia Amenazada*. Nueva York: 2004: UNICEF. Available from URL: http://www.unicef.cl/centrodoc/pdf/estados/sowc05_sp.pdf
5. Hunt P. *Report of the Special Rapporteur. The right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. E/CN.4/2004/49 16 of february 2004.
6. Cook R, Dickens B, Fathalla, M. *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Oxford y PROFAMILIA; 2003.
7. Schöpp-Schilling B. Reservations to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women: An Unresolved Issue or (no) new Developments? In: Ziemele I, ed. *Reservations to Human Rights Treaties and the Vienna Convention Regime: Conflict, Harmony and Reconciliation*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers; 2004: 6.
8. Hodgkin R, Newel P. *Manual de Aplicación de la Convención sobre Derechos de los Niños*. Ginebra: UNICEF; 2001: 82.
9. OMS. *The Health of Young People*. Geneva: OMS; 1993.
10. Comité de Derechos del Niño. Observación General N° 4. *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003.
11. Erikson EH. *Sociedad y Adolescencia*. México: Andrómeda; 1989: 162.
12. Erickson EH. *El Ciclo Vital Complementado*. Barcelona: Paidós; 2000: 162.
13. Educación Serie Bicentenario. *Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual*. Santiago de Chile: Ministerio de Educación; 2005: 22.
14. CONASIDA. Evolución del VIH/SISA en Chile 1985 a 2005. Santiago: MINSAL; 2006: 7. Disponible en http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Pais_86-05%20vih%20sida%20epi.pdf
15. Naciones Unidas. *Plataforma de Acción. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo*. Nueva York: UN; 1994.
16. Correa S, Petchesky R. Reproductive and Sexual Rights: A feminist Perspective, Population Policies Reconsidered. In: Sen G, Germain A, Chen L, eds. *Health, Empowerment, and Rights*. Nueva York: Harvard Center for Population and Development Studies and International Women's Health Coalition; 1994: 109-110.
17. Herrendorf D, Bidart G. *Principios de Derechos Humanos y Garantías*. Buenos Aires: Editar; 1991.
18. Cabal L, Lemaitre J, Roa M, eds. *Cuerpo y Derecho. Legislación y Jurisprudencia en América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes, Temis, y Center for Reproductive Rights; 2001.
19. Ministerio de Salud. *Resolución N° 2326 Exenta que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina*. Santiago de Chile: MINSAL; 30 de noviembre de 2000.
20. *Decreto Supremo N° 48 del Ministerio de Salud que aprueba las Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad*, 2007.
21. Proyecto de ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos. *Boletín* N° 2608-11.
22. Barcia Lehman R. Sobre la capacidad de los adolescentes para recibir la denominada píldora del día después. *Revista de Derecho Privado* 2006; 7: 137-158.
23. Corte de Apelaciones. *Zalaquett con Ministra de Salud*. Rol 4693-06, 10 de noviembre de 2006.

24. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. *Los Niños y el VIH/SIDA*. Documento de Información de ONUSIDA. Actualización del Documento de Información para la campaña mundial contra el SIDA de 1997, febrero de 1999: 4. (Documento en Internet) Disponible en http://data.unaids.org/pub/Report/1999/19990201_children_es.pdf
25. Comité de Derechos del Niño, Observación General 3. *El VIH/SIDA y los derechos del niño*. CRC/GC/2003/3, 17 de marzo de 2003.
26. Cillero Bruñol M. Infancia Autonomía y Derechos: Una Cuestión de Principios. En: *Derecho a Tener Derecho*, Tomo IV. Montevideo: UNICEF-IIN; 1999: 3. (Documento en Internet) Disponible en <http://www.inau.gub.uy/Biblioteca/cillero.pdf>
27. Salazar G, Pinto J. *Historia Contemporánea de Chile*, V. Niñez y Juventud. Santiago de Chile: LOM; 2002: 7.
28. Freeman M. Tomando más en serio los derechos de los niños. *Revista de Derechos del Niño* 2006; 3-4: 257-258.
29. Burt R. El tratamiento de menores sin el consentimiento de los padres. In: Beloff M, comp. *Derecho, infancia y familia*. Barcelona: Gedisa; 2000: 189-190.
30. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General número 14 sobre el Derecho a la Salud*. E/C.12/2000/4, CESCR, Observación General 14, 15 de abril de 2000: 23.
31. Libertad y Desarrollo. Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente. *Temas Públicos* 2006; 788: 2. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.lyd.org>
32. Palma I. *Salud y Derechos Sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma de salud en Chile*. 2001. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/adolescents.pdf>
33. Casas L. Confidencialidad de la información médica, el derecho a la salud y el consentimiento sexual de los adolescentes. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia* 2005; 12(3): 94-111.
34. Dehne K, Riedner G. Adolescent. A dynamic concept. *Reproductive Health Matters* 2001; 9: 17.
35. CONASIDA. *Voluntariedad y Consejería en el Examen de VIH*. Boletín Técnico N° 13, 2000. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.conasida.cl/bol/bol13/bol13tec.htm>
36. Gobierno de Chile. *Política Nacional a favor de la Infancia y Adolescencia*. Santiago de Chile: MIDEPLANP; 2000.
37. Gobierno de Chile. Objetivos Sanitarios 2000-2010. Resumen Ejecutivo. *El Vigía. Boletín de Vigilancia en Salud Pública* 2002; 5: 15. (Documento en Internet) Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>

Recibido: 6 de julio de 2007.

Aceptado: 27 de julio de 2007.

INVESTIGACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE Y LA AUSENCIA DE PERTINENCIA ÉTNICA

Claudia Dides Castillo* y María Soledad Pérez Moscoso**

Resumen: El artículo reflexiona sobre la pertinencia étnica de las investigaciones desarrolladas en Chile sobre salud sexual y reproductiva entre 1990 y 2004, basándose en un diagnóstico nacional sobre el tema. Se constata que la mayoría de estas investigaciones no consideraron la diversidad cultural y étnica de nuestro país, siendo éste un tema pendiente. A su vez, se plantean las tensiones que implica la ausencia de pertinencia étnica en las investigaciones en salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: pueblos indígenas, salud sexual y reproductiva, pertinencia étnica

INVESTIGATIONS ON REPRODUCTIVE AND SEXUAL HEALTH IN CHILEAN INDIGENOUS POPULATIONS AND THE LACK OF ETHNIC RELEVANCE

Abstract: This essay argues about the ethnic relevance of investigations carried out in Chile on sexual and reproductive health from 1990 to 2004, based on a national diagnosis on the subject. Most of these investigations did not consider the cultural and ethnic diversity of our country, so this is a pending issue. Furthermore, the tensions implied by the lack of ethnic relevance in investigations about sexual and reproductive health are also raised.

Key words: indigenous populations, sexual and reproductive health, ethnic relevance

PESQUISAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS POVOS INDÍGENAS NO CHILE E A AUSÊNCIA DE PERTINÊNCIA ÉTNICA

Resumo: O artigo reflete sobre a pertinência étnica das pesquisas desenvolvidas no Chile sobre a saúde sexual e reprodutiva entre 1990-2004, baseando-se num diagnóstico nacional sobre o tema. Constata-se que a maioria destas pesquisas não levou em conta a diversidade cultural e étnica de nosso país, sendo este um tema pendente. Por sua vez, apresentam-se as tensões que implicam na ausência de pertinência étnica nas pesquisas em saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: povos indígenas, saúde sexual e reprodutiva, pertinência étnica

* Socióloga. Programa Equidad de Género y Políticas Públicas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Chile
Correspondencia: cdides@flacso.cl

** Psicóloga. Programa Equidad de Género y Políticas Públicas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Chile
Correspondencia: solep70@yahoo.es

Introducción

La mayoría de las investigaciones desarrolladas en Chile sobre salud sexual y reproductiva han ignorado la diversidad cultural y étnica de nuestro país, siendo éste un tema pendiente. Este artículo reflexiona acerca de esta carencia, considerada como un dilema ético, basándose en un diagnóstico nacional que recopiló y sistematizó investigaciones y experiencias en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas en Chile entre los años 1990 y 2004¹.

El concepto de salud sexual y reproductiva se ha venido desarrollando en las últimas década, en particular desde el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994). Se define como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (...) La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

Esta misma Conferencia incorporó en su Programa de Acción un capítulo sobre derechos de los pueblos indígenas, con el propósito de mejorar las capacidades reproductivas, las relaciones afectivas, el medio ambiente, los derechos a la salud sexual y reproductiva, con sus diversidades como potencial. El Enlace Continental de Mujeres Indígenas, que es parte del Foro Internacional de Mujeres Indígenas, ha realizado diversas reuniones continentales para reflexionar y acordar recomendaciones a los gobiernos, a CEPAL y otros organismos de Naciones Unidas.

El Estado chileno ha suscrito los acuerdos internacionales originados en conferencias de Naciones Unidas, en particular la de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995. Con ellos ha elaborado políticas públicas y desarrollado diversas acciones.

Los pueblos indígenas mantienen creencias y tradiciones que incluyen recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva (conductas apropiadas dentro del matrimonio, sexualidad, métodos de planificación familiar), así como diversas normas y cuidados para los distintos periodos del ciclo vital reproductivo. Sin embargo, muchos de estos aspectos permanecen aún en el ámbito intracultural, siendo transmitidos a sus miembros sólo mediante procesos de socialización.

Hallazgos de investigaciones sobre salud reproductiva, 1990-2004

El acopio de información consideró las regiones de mayor concentración de población indígena en Chile, es decir, la I, VIII, IX, X regiones y la Región Metropolitana. Se incluyeron además, la II y V regiones, debido a que en ellas se localizan los pueblos indígenas *Likan Antai* y *Rapa Nui*.

Dado que el concepto salud sexual y reproductiva muchas veces aparece incomprensible para las personas y/o organizaciones indígenas, se elaboraron ejes temáticos que incluían sexualidad, regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos (MAC), aborto, violencia sexual, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), calidad de la atención, derechos sexuales y reproductivos, cuerpo, fecundidad, embarazo y parto, y que se transformaron en posibilidades concretas de acercamiento y comprensión mutua.

Esto permitió orientar la búsqueda de información, específicamente de referencias bibliográficas en bibliotecas, centros de documentación e Internet (catálogos en línea). Para ello se construyó una matriz cuyos principales descriptores fueron: salud sexual y reproductiva, sexualidad, género y diversas denominaciones de los pueblos indígenas².

Una de las limitaciones de esta investigación se produjo en la etapa de recopilación de datos, debido a que no todas las fuentes bibliográficas fueron encontradas en centros de documentación, universidades, organizaciones no gubernamentales y organismos estatales, sino que más bien se recurrió a bibliotecas personales, extendiéndose el tiempo dedicado a reunir información.

1 Los datos presentados se derivan de la investigación de la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “Diagnóstico nacional de investigaciones y experiencias en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas en Chile”, publicada en octubre de 2005. Pérez Moscoso MS, Dides Castillo C. *Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos Indígenas en Chile. 1990-2004*. Santiago de Chile: CORSAPS-UNFPA; 2005.

2 Las bibliotecas y centros de documentación fueron agrupados en las siguientes categorías: (a) universidades, (b) centros de documentación de organismos no gubernamentales, (c) organismos gubernamentales, (d) organismos internacionales, (e) bibliotecas públicas y personales y (f) centros de investigaciones.

La sistematización da cuenta de la existencia de un número significativo de investigaciones (49) en distintas temáticas relacionadas con salud sexual y reproductiva. Del total en regiones (46), 17 son tesis universitarias de pregrado y de posgrado, 13 realizadas por organismos gubernamentales, tres por organismos no gubernamentales, dos por entidades asociadas, una sin clasificación institucional y diez realizadas por universidades. También se incluyen algunas que, aunque no se refieren exclusivamente a estas temáticas, entregan aportes significativos para esta recopilación³.

Las instituciones que realizaron estudios en salud sexual y reproductiva y pueblos indígenas fueron fundamentalmente organismos gubernamentales y universidades. Las realizadas por los primeros son 13, concentrándose la mayoría en la Primera y la Novena regiones, con un total de cuatro investigaciones cada una. Por su parte, las universidades efectuaron un total de diez investigaciones –también en la Primera y la Novena regiones– y 17 tesis. Por lo tanto, la mayoría de los estudios se han realizado en universidades (27).

Número de investigaciones por instituciones y región

Regiones	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
Tipos de institución								
Gubernamentales	4	1	1	2	-	4	1	13
Ong's	2	-	1	-	-	-	-	3
Universidades	4	-	-	-	-	4	2	10
Tesis universitarias	11	1*	2**	-	1	2	-	17
Asociadas	-	-	-	-	-	2	-	2
Otras	-	-	-	1	-	-	-	1
Total	21	2	4	3	1	12	3	46

* La tesis pertenece a la Universidad de Chile con sede en Santiago.

** Una de las tesis es de la Universidad de Barcelona.

Respecto de las tesis universitarias, la mayoría se concentra en la Primera Región (11) y fueron realizadas principalmente en carreras de salud: obstetricia y

tecnología médica. Estas tesis tienen en su mayoría un enfoque biomédico y carecen de una perspectiva de género y derechos.

Número de tesis por carrera y región

Regiones	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
Tesis universitarias								
Antropología	-	1	1	-	-	-	-	2
Psicología	1	-	-	-	-	-	-	1
Trabajo Social	-	-	-	-	-	1	-	1
Obstetricia	6	-	-	-	1	-	-	7
Tecnología médica	4	-	-	-	-	-	-	4
Sociología	-	-	-	-	-	1	-	1
Doctorado	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	11	1	2	-	1	2	-	17

La mayoría de las investigaciones encontradas tienen un carácter biomédico. No obstante, en las regiones I y IX destacan estudios sobre concepciones y prácticas en sexualidad y salud reproductiva de los pueblos

aimara y mapuche. Este tipo de estudios es escaso y se han realizado sobre todo en contextos rurales, pese a la alta concentración de población originaria que vive en ciudades.

3 Santa Coloma, María Eugenia. "Transición demográfica y social: el caso Rapa Nui" y Citarilla, Luca. Medicinas y Culturas en la Araucanía".

Sorprende la escasez de investigaciones en las regiones II, VIII y Metropolitana, pues allí se ubican diversas

instituciones gubernamentales, universidades y organizaciones sociales relacionados con la temática de los pueblos indígenas, a la par de contar con una alta concentración de población originaria.

Las metodologías utilizadas en las investigaciones se clasificaron en relación con los propios datos señalados en cada una de ellas. Algunas de ellas describieron las técnicas de recolección de información usadas. Hay que destacar que utilizan mayoritariamente metodologías

cuantitativas; sin embargo, en años recientes, en la investigación nacional e internacional en sexualidad y reproducción para población general (no indígena) hay una tendencia a la complementación metodológica entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. Esta tendencia es también observable, aunque de manera reciente, entre las investigaciones recopiladas. La incorporación de lo cualitativo posibilita comprender fenómenos que son interpretados de manera distinta por cada pueblo indígena.

Tipo de metodología de las investigaciones por región

Regiones	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
Tipos de metodología								
Cualitativa	3	3	4	-	-	4	2	16
Cuantitativa	13	-	-	3	1	5	1	23
Cualitativa y cuantitativa	4	-	-	-	-	3	-	7
Sin dato	1	-	-	-	-	-	-	1
Total	20	3	4	3	1	11	3	46

Las fuentes de financiamiento provienen en su mayoría de organismos gubernamentales, lo cual es, a nuestro juicio, coherente con la escasa presencia en el país de fuentes de financiamiento internacional o independiente, y destacable porque no existe una política pública en salud sexual y reproductiva para pueblos originarios con fondos específicos para la investigación. De las 22 investigaciones que incluían información sobre este aspecto, 12 fueron financiadas por organismos gubernamentales, seis por agencias internacionales y cinco con fondos universitarios⁴.

En su mayoría, las investigaciones han sido publicadas en algún formato. Se consideraron ocho tipos de publicaciones: actas de congreso, libros, artículos en libros, documentos de trabajo, artículos en revistas, textos institucionales (principalmente folletos y CD ROM), páginas Web e informes internos de proyectos.

Es importante señalar que algunas han generado más de una publicación.

Actas de congresos	12
Libros	7
Textos institucionales	6
Artículos en revistas	3
Informes internos	3
Artículos en libros	2
Documentos de trabajo	2
Página Web	1

Los temas que presentan más investigaciones son “embarazo y parto” y se concentran principalmente en la I Región. Le siguen “enfermedades de transmisión sexual (ETS)” y “calidad de la atención”, también mayoritariamente en esa región. Las temáticas menos abordadas fueron “menopausia”, “amenorrea” y “amamantamiento”.

4 De las fuentes gubernamentales, tres estudios fueron financiados por FONDECYT, cinco por el Ministerio de Salud, uno por el Ministerio de Cooperación y Planificación y dos por el Servicio Nacional de la Mujer. Las agencias internacionales que figuran financiando las investigaciones son: UNFPA, PNUD, *Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction* (WHO), Cooperación Italiana, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ) y Fundación Ford. De siete investigaciones que no informan su fuente, suponemos que han tenido financiamiento del Ministerio de Salud.

Número de temáticas de investigación por región

Regiones	I	II	V	RM	IX	X	Total
Temas de investigación							
Interculturalidad	1	1	-	-	1	-	3
Epidemiología	1	-	-	1	2	-	4
Embarazo y parto	7	-	-	1	3	1	12
Amenorrea	-	-	-	-	1	-	1
Amamantamiento	-	-	-	-	1	-	1
Regulación de la fertilidad	4	1	-	-	1	-	1
Aborto	1	1	-	-	-	-	2
Maternidad y paternidad	-	1	-	-	-	-	1
VIH/Sida	-	-	1	-	1	-	2
Menopausia	-	-	-	1	-	-	1
Enfermedades de transmisión sexual	3	-	-	-	-	-	3
Violencia Doméstica e intrafamiliar	1	-	-	-	1	1	3
Derechos sexuales y reproductivos	1	-	-	-	-	1	2
Calidad de atención	3	-	-	2	1	2	8
Sexualidad	2	1	1	-	1	1	6
Sexualidad juvenil	-	-	1	-	1	-	2
Fecundidad	-	-	-	-	3	1	4
Cuerpo	2	-	-	-	1	-	3
Control ginecológico	1	-	-	2	-	-	3

Respecto de la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, pese a que no encontramos investigaciones de satisfacción de los usuarios, varias informan que las mujeres indígenas se quejan por la escasa información que reciben sobre los procedimientos a que son sometidas, algunos en contradicción con su cultura, como es el caso de baños con agua fría en el parto, al igual que la posición de la mujer al momento de parir⁵. De las 17 tesis, ocho se refieren a enfermedades de transmisión sexual, principalmente en la I Región, y se vinculan con Obstetricia y Tecnología Médica; cinco a embarazo y parto, y tres a puerperio, calidad de la atención y sexualidad respectivamente. Estas últimas concentradas en las regiones Primera, Segunda y Quinta.

La perspectiva de género, entendida como una categoría que otorga significado a la experiencia de salud y enfermedad en hombres y mujeres, ha sido utilizada sólo en siete de las 49 investigaciones. De éstas, tres se ubican en la Primera Región, dos son parte de los estudios realizados por organizaciones no gubernamen-

tales y una la llevó a cabo la Universidad de Tarapacá en conjunto con el Taller de Estudios Andinos (TEA). Le sigue la Segunda Región con una realizada por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Dentro de los estudios nacionales, sólo una investigación ha incorporado perspectiva de género, realizada por el Centro de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile para la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) y el Ministerio de Salud (MINSAL).

Además, se encontraron tres investigaciones de carácter nacional: dos de ellas financiadas por organizaciones gubernamentales –por el Ministerio de Salud y por la OPS– y otra no contiene información sobre fuentes de financiamiento. Dos han utilizado tanto metodologías cualitativas como cuantitativas, y una sólo cualitativa. Respecto de las publicaciones, una ha sido publicada en actas de congreso y en revista. Las temáticas abordadas se concentran en “calidad de atención” (3) y “embarazo y parto” (2).

5 Seminario Mujer, Cultura y Salud en los Andes. Arica: 2002.

Número de temáticas estudios de carácter nacional

Temas de investigación	Número
Mortalidad materna	1
Fecundidad	1
Embarazo y parto	2
Regulación de la fertilidad	1
Enfermedades de transmisión sexual	1
VIH/SIDA	1
Calidad de atención	3
Sexualidad	1
Violencia	1
Cuerpo	1
Políticas Públicas	1

Conclusión

La pertinencia étnica en las investigaciones en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas se plantea como un dilema ético actual, debido a la necesidad de incorporar en alguno de los procesos investigativos las particularidades de los pueblos indígenas de nuestro país. Ejemplos de esa carencia se pueden encontrar en:

1. El uso de técnicas de recolección de información que no consideran sus creencias y tradiciones, aplicando encuestas en español y planteando la dificultad de la traducción de conceptos que no existen en todas las lenguas.
2. La escasa relación entre el estudio de algunas temáticas en determinadas zonas del país y las necesidades reales de la población indígena.
3. La mayoría de las investigaciones son llevadas a cabo desde una perspectiva exclusivamente biomédica. Incorporar perspectivas socioculturales en salud sexual y reproductiva puede ayudar a vislumbrar

factores de riesgo y protectores intraculturales, y favorecer la elaboración de investigaciones, la adaptación de técnicas de recolección de información y las formas de devolución de resultados a grupos culturales diversos.

4. No se encuentra descrito en las investigaciones la devolución de los resultados de los estudios a las comunidades donde éstas fueron realizadas.

Frente a la necesidad de conocer la situación de salud sexual y reproductiva de la población indígena en nuestro país, resulta especialmente preocupante la falta de datos respecto de frecuencia, recurrencia y/o incidencia del uso de métodos anticonceptivos y atenciones de embarazo, parto y puerperio, esterilizaciones voluntarias, cáncer cervicouterino y de mamas, VIH-SIDA/ETS, entre otros. Estos datos podrían permitir la comparación con la población no indígena para diseñar posibles investigaciones, identificar brechas en salud, líneas de acción y políticas públicas.

Bibliografía

- Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile* 2003; 131: 1061-1065.
- CEDEMU *Sentando bases para el desarrollo de un modelo intercultural en salud sexual y reproductiva entre las mujeres aymará del norte de Chile: un estudio de epidemiología intercultural, balance del proceso*. Arica: CEDEMU; 2001-2002.
- Citarella L, (comp.) *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana; 2000.
- Enlace Continental de Mujeres Indígenas en CEPAL. *Reunión de la Comisión Económica para América Latina*, CEPAL, San Juan 28 de junio 2004. (Sitio en Internet) Disponible en: www.radiofeminista.net Último Acceso en mayo de 2005.
- Gobierno de Chile. *Nuevo trato con los pueblos indígenas. Derechos indígenas, desarrollo con identidad y diversidad cultural*. Santiago de Chile: 2004.

Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica - C. Dides y M. Pérez

Ibacache J, Oyarce AM. *Reflexiones para una política intercultural en salud*. Puerto Saavedra, Chile: Primer encuentro Nacional de salud y Pueblos Indígenas; 1996.

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. (Sitio en Internet) Disponible en: www.cinu.otg.mx/temas/desarrollo/dessocial/población/icpdf1994.htm Último acceso en septiembre de 2004.

Ministerio de Salud MINSAL, Gobierno de Chile. *Programa Especial de Pueblos Indígenas*. (Sitio en Internet) Disponible en: www.minsal.cl Último acceso en noviembre de 2004.

Pérez MS. Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud-enfermedad. *Anuario de Escuela de Postgrado*. Santiago de Chile: Facultad de Filosofía y Humanidades; 2003.

Pérez MS, Dides C. *Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990-2004*. Santiago de Chile: CORSAPS –UNFPA; 2005.

Recibido: 12 de julio de 2007.

Aceptado: 23 de agosto de 2007.

DETERIORO GENÓMICO Y MANIPULACIÓN GENÉTICA. DESEQUILIBRIO EN LA PRIORIDAD DE LAS AGENDAS PÚBLICAS

Elio A. Prieto González*

Resumen: Se analiza el desequilibrio en el tratamiento de dos temas que atañen a la conservación de la integridad del genoma humano: las tecnologías de manipulación genética y el deterioro genómico provocado por la contaminación ambiental. Las carencias educativas, la falta de información asentada en los hechos y un manejo sensacionalista en los medios, entre otros factores, desajustan las agendas mediáticas con las necesidades públicas, lo que desemboca en una falta de conciencia ciudadana acerca de las verdaderas amenazas a las que está expuesto el material genético y los riesgos de salud que ello implica.

Palabras clave: genotóxico, manipulación genética, deterioro genómico, bioética, toxicología ambiental, justicia ambiental

GENOME DAMAGE AND GENETIC MANIPULATION. UNBALANCE IN PUBLIC POLICIES PRIORITY

Abstract: Unbalance in the treatment of two topics related to the conservation of the human genome integrity is analyzed here: the technologies for genetic manipulation and genome damage due to environmental pollution. Lack of education and of information based on real facts, and the media sensationalist treatment, among other factors, provoke an unbalance between the media agenda and public needs. This leads to a lack of citizenship consciousness over the true threats that genetic material faces and the health risks that it involves.

Keywords: genotoxic, genetic manipulation, genomic damage, bioethics, environmental toxicology, environment justice

DETERIORIZAÇÃO GENÔMICA E MANIPULAÇÃO GENÉTICA. DESEQUILÍBRIO NA PRIORIDADE DAS AGENDAS PÚBLICAS

Resumo: O presente texto analisa o desequilíbrio no tratamento de dois temas que dizem respeito à conservação da integridade do genoma humano: as tecnologias de manipulação genética e a deteriorização genômica provocada pela contaminação ambiental. As carências educativas, a falta de informação asentada nos fatos e um manejo sensacionalista dos meios, entre outros fatores, desajustam as agendas mediáticas com as necessidades públicas, o que desemboca numa falta de consciência cidadã em relação às verdadeiras ameaças à que se expôs o material genético e os riscos de saúde que isto implica.

Palavras-chave: genotóxico, manipulação genética, deteriorização genômica, bioética, toxicologia ambiental, justiça ambiental

* Médico. Centro de Altos Estudios en Ciencias de la Salud (CAECIS), Universidad Abierta Interamericana, Argentina
Correspondencia: ambiengrup@yahoo.com

“-¡Que el jurado considere su veredicto!
-ordenó el Rey, por centésima vez aquel día.
-¡No! ¡No! -protestó la Reina-. Primero la
sentencia... El veredicto después.
-¡Valiente idiotez! -exclamó Alicia alzando
la voz-. ¡Qué ocurrencia pedir la sentencia
primero!
-¡Cállate la boca! -gritó la Reina, poniéndose
color púrpura.
-¡No quiero! -dijo Alicia.
-¡Que le corten la cabeza! -chilló la Reina a
grito pelado.

Lewis Carroll, “Alicia en el País de las
Maravillas”

Introducción. Un agujero de conejo¹

La contribución al establecimiento de una agenda informativa que incorpore los principales problemas al debate público puede considerarse un aspecto de la “objetividad fuerte”, basada en revelar el contenido de las fuerzas sociales incorporadas a la ciencia que determinan muchos de sus vínculos con la realidad(1). Tal objetividad implica la disposición de los investigadores para plantear con honestidad e independencia la esencia de los problemas biosociales, de manera que promuevan el diálogo ciencia-público para convertirlo en un factor decisivo en el establecimiento de prioridades sociales.

En el presente artículo se intenta demostrar que existe una desproporción entre la importancia del deterioro del material genético humano por genotóxicos ambientales y los limitados alcances de su discusión a nivel global, lo que obliga a plantear el problema desde la visión dual de la bioética ambiental y la investigación biomédica(2).

Desequilibrio en la información

En el conjunto de bienes sociales, la información es considerada de una manera especial. Su manejo es un signo relevante de la eficiencia democrática de una sociedad. La tecnología ha modificado radicalmente el lugar de la información en relación con el poder, las

cualidades requeridas a las noticias en el ámbito comunicacional y su apropiación por parte del público en los contextos que denominamos “agendas informativas, horizontales y verticales” (3,4)².

La horizontalidad es una cualidad de las modalidades de comunicación que amplía los márgenes de discusión y de focalización de temas de interés “central” o “alternativo” hasta los límites de una masa de individuos que disponen de teléfono, fax, Internet o mensajería celular. Por el contrario, la agenda vertical alcanza a los televidentes, radioyentes, lectores de prensa gráfica o asistentes a salas de cine. La pertenencia de un tema a una agenda u otra determina qué repercusión pública tendrá y cuánto tiempo de discusión global se le dedicará. Algunos temas han sido consagrados por los medios por su urgencia, por su capacidad de afectar a gran cantidad de personas o por imperativos éticos o religiosos; otros han sido reconocidos por un reducido número de expertos pero no logran convertirse en tópicos de discusión, interesar a los dirigentes ni activar políticas.

La carga de imaginación asociada a un problema, su complejidad científica, la iconicidad que posea y el concurso de circunstancias casuales pueden determinar el lugar de un tópico en las agendas globales. Los ejemplos de la clonación individual y los efectos de los contaminantes ambientales y las condiciones de vida sobre el material genético son demostrativos de lo anterior.

Si bien la manipulación genética es actual e importante, sólo afecta a un pequeño número de personas(5,6). Por el contrario, las alteraciones producidas en el ADN por la exposición ambiental a genotóxicos afectan a grandes poblaciones, incrementando la incidencia de malformaciones congénitas y cáncer(7-10).

La clonación en espera

En 1978 apareció “*In his image. The Cloning of a man*”, de David Rorvik, que pretendía ser un reportaje sobre una clonación humana. Un multimillonario que financiaba unos experimentos para lograr una copia exacta

1 Los subtítulos hacen referencia a situaciones y personajes de “Alicia en el país de las maravillas” y “Alicia a través del espejo”, de Lewis Carroll, debido a que esos libros ilustran el aprendizaje de una realidad que parece otra.

2 Un “concepto más que se ha modificado: el de la veracidad de la información. Hoy un hecho es verdadero no porque corresponda a criterios objetivos, rigurosos y verificados en las fuentes, sino simplemente porque otros medios repiten las mismas afirmaciones y las ‘confirman’”. Ramonet I. Comunicación contra información. En: *La tiranía de la comunicación*. Madrid: Ed. Debate SA; 2000: 23.

de sí mismo a partir de una célula de su cuerpo. En el filme del mismo año “Los Niños del Brasil”, el criminal nazi Mengele pretendía reproducir varias decenas de copias de Hitler. Años más tarde, Peter O’Toole, en el papel de un científico desgarrado por la muerte de su esposa –en el filme “Creador”–, trata de recrearla a partir de unas células que guardaba celosamente en un termo junto al que se sentaba a tomar el té.

En 1938 el alemán Hans Spemann propuso la inserción de un núcleo a un óvulo previamente enucleado, lo que, en esencia, es la técnica que se utilizó en la primera clonación. En 1954 los estadounidenses Robert Briggs y Thomas King obtuvieron renacuajos a partir de células de sapo adultos(12,13). Aunque el término “clon” fue introducido por J.B.S. Haldane en 1963, ya Aldous Huxley, en “*Brave New World*”, publicada en 1932, había delineado los clones humanos, seres que poseían un mismo rostro, consumían *soma* (una droga alucinógena) y trabajaban a la manera de robots biológicos(13-15).

Clonación a juicio. Primero la sentencia... el veredicto después

Al publicar el resultado de la clonación de la oveja Dolly, en febrero de 1997, Ian Wilmut promovía una revolución tecnológica que encajaba en un tópico tradicional del pensamiento occidental: la multiplicidad, aunque aceptable sólo en el marco de la teología para identificar a la divinidad(16-18).

La perspectiva de resucitar genios o dictadores y multiplicar *top models* derivó en una idea de inmortalidad que entremezcló posibilidad tecnológica y absurdo(17,18). De esta manera, la espectacularidad con que los medios trataron la clonación reproductiva en sus inicios desplazó el interés que podría suscitar la clonación terapéutica de embriones a partir de los cuales generar tejidos y órganos utilizables en trasplantes. Esto abrió un frente de discusión ética muy fuerte, mientras se gestaba una línea de resistencia contra la clonación, fuese reproductiva o terapéutica(17-24). No obstante, hay consenso en que la clonación terapéutica favorecería el tratamiento de enfermedades invalidantes, como el mal de Alzheimer, el de Parkinson y la diabetes, entre otras(25-27).

Pero las noticias de primera plana sobre algo que no es aún realidad en los humanos contrastan con la escasez de titulares acerca de las amenazas de los genotóxicos ambientales sobre el genoma humano(28-31).

Genética ambiental. La merienda del sombrerero³

La alta incidencia de malformaciones congénitas y de cambios en el ADN, frecuentes en la clonación animal, indican los altos riesgos de producir clones con deficiencias genéticas(32). Pero, más allá de los riesgos potenciales de la clonación humana, es sabido que ésta implica elevados costos, lo que limita el probable impacto en naciones de muy altos estándares económicos e, incluso, a un número relativamente pequeño de individuos dentro de éstas.

Dependiendo de las fuentes, los costos de los programas de clonación terapéutica implican cifras de 5 y 6 ceros(32,35). Por el contrario, no hay costo alguno asociado a la exposición a mutágenos y genotóxicos como resultado de tecnologías atrasadas y contaminantes, políticas sanitarias deficientes e, incluso, prácticas de consumo.

El ambiente en el que vive nuestro ADN.

Humpty Dumpty sat on the wall⁴

“Genotóxico” es el agente capaz de producir daños en el material genético. La exposición humana a genotóxicos se ha incrementado en el último siglo con la expansión de la industria química, el transporte automotor, la aparición de nuevos fármacos y la mayor incidencia de radiación electromagnética generada por actividad humana, entre otras muchas causas(36). Esto conlleva el riesgo de aumento de la tasa de mutación⁵, entendida como una modificación del mensaje genético(37). Los genotóxicos son, por consiguiente, agentes de modificación del ADN, aunque esto no signifique una manipulación dirigida.

No es necesario demostrar que la contaminación ambiental actúa sobre un número mayor de genomas hu-

3 En la merienda del sombrerero, un personaje muy importante en la trama, los invitados muestran una conducta absurda y sus diálogos parecen regidos por el azar que también gobierna las mutaciones del ADN.

4 *Humpty Dumpty* es un señor con forma de huevo que se sienta en un muro, se balancea y cae, una antigua canción dice que nadie podrá juntar sus pedazos de nuevo. Aparece en “Alicia en el país de las maravillas”.

5 Es controvertida la contribución del aumento de la tasa de mutaciones a la incidencia de algunas enfermedades hereditarias, como cromosomopatías o enfermedades recesivas ligadas al sexo. No obstante, se acepta que las mutaciones nuevas son en su mayoría nocivas y se expresan como caracteres desventajosos que, en ocasiones, se presentan como enfermedades hereditarias.

manos que la manipulación experimental. Si tomamos 6.500 millones de personas en la Tierra y asumimos que todos estamos expuestos en mayor o menor medida a la acción de genotóxicos ambientales, la cantidad de daño y de riesgo potencial para la especie es inconmensurablemente mayor a partir del efecto de los genotóxicos que del probable efecto de manipulaciones genéticas en laboratorios(38, 39).

Si bien los agentes mutágenos o carcinógenos son monitoreados, con el fin de mantenerlos en concentraciones permisibles, muy frecuentemente escapan al control, y las agencias de protección ambiental poseen mayores recursos sólo en las regiones de elevado desarrollo, en las cuales, además, hay regulaciones más estrictas.

La variación en la cantidad de desechos contaminantes introducidos en el ambiente ilustra lo anterior: en EE.UU., el vertimiento de 1,9 millones de toneladas en 2001 disminuyó en 36 mil toneladas al año siguiente. En Inglaterra, las emisiones de hidrocarburos policíclicos aromáticos se redujeron de 68 toneladas por año, en 1990, a 9,5 toneladas en 2000 y las proyecciones son de 6,4 en 2010(40).

En Asia, sin embargo, las mediciones arrojan un incremento de la polución entre 1975 y 1988 en países subdesarrollados con un rápido crecimiento económico; Tailandia contamina diez veces más, Filipinas ocho veces e Indonesia cuatro. Mientras que Japón, una potencia de primer nivel, reproduce el patrón de EE.UU. e Inglaterra al disminuir su carga de todo tipo de desechos contaminantes en un 75% entre 1960 y 1987(41).

Los genes se manipulan, pero con más frecuencia se dañan. *Jabberwock*⁶

A pesar de que los ambientalistas mencionan los riesgos de cáncer y malformaciones congénitas, nadie parece relacionarlos con los niveles de daño genético, a menos que sea en los círculos especializados. Además, la falta de un enfoque bioético es determinante en su falta de trascendencia al público. Este doble aislamiento no es superado siquiera en el marco de la bioética profunda, en el cual el objetivo es reconciliar los principios aplicables a la experimentación biológica y la práctica

médica con la protección del ambiente(42)⁷. Revisar alguna información sobre los niveles de genodeterioro en poblaciones y sus efectos en la incidencia de malformaciones congénitas y cáncer ilustra mejor cuan urgente es comenzar a discutirlo con un enfoque bioético(43-46).

Documentar la exposición. *Cheshire, la sonrisa del gato*⁸

Varios grupos europeos estudian el daño genético infantil asociado con la contaminación ambiental(47,50)⁹. En EE.UU., el *National Children Study* (NCS) intenta caracterizar los niveles de exposición a una variedad de contaminantes químicos presentes en el entorno de los niños norteamericanos, para conocer su impacto en la salud a lo largo de su vida(51)¹⁰.

En febrero de 2006 se presentó el informe de la Fundación *March of Dimes* sobre incidencia global de defectos congénitos¹¹; entre ellos, hay cinco que, combinados, alcanzan el 25% del total: (1) defectos cardiovasculares congénitos, (2) defectos del tubo neural, (3) talasemias y anemia falciforme, (4) síndrome de Down, (5) deficiencia de glucosa y (6) fosfato deshidrogenasa. Los resultados son alarmantes; alrededor de 3,3 millones de niños mueren anualmente antes de los cinco años por defectos congénitos y otros 3,2 millones quedan discapacitados de por vida. El informe es concluyente:

- 7 "La teoría original de la bioética—bioética puente—era la intuición que señalaba que la supervivencia de gran alcance de la especie humana, en una civilización decorosa y sustentable, requería del desarrollo y del mantenimiento de un sistema ético. Tal sistema es la bioética global, basada en instituciones y razonamientos sustentados en el conocimiento empírico proveniente de todas las ciencias, pero en especial del conocimiento biológico". Potter VR. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* 1998; 7: 25.
- 8 El gato de Cheshire, uno de los personajes de "Alicia en el país de las maravillas", es un animal que sonríe y se desvanece quedando sólo su risa en el aire. Es un símbolo de lo inasible.
- 9 La *Children Genonetwork* coordina una investigación sobre exposición fetal en recién nacidos y niños. En su trabajo es importante la sistematización de la evaluación de riesgo, así como el empleo de técnicas de toxicogenómica. (Sitio en Internet) http://www.pinche.hvdgm.nl/pinche_conferences.html
- 10 Los contaminantes tienen diferente comportamiento, luego de su entrada al organismo, en cuanto a su absorción, distribución por los tejidos, metabolismo y excreción. La clasificación de estas diferencias es útil para comprender la magnitud y variedad del problema de la exposición a lo largo de una vida.
- 11 "...son anomalías de estructura o función, incluyendo metabolismo, que están presentes al nacimiento. Los defectos congénitos serios amenazan la vida o tienen el potencial de resultar en discapacidad (física, intelectual, visual, auditiva o epilepsia)..."

6 *Jabberwocki* es un animal extraordinario que aparece en "Alicia a través del espejo". Su rareza, surgida de la combinación de rasgos de animales disímiles, lo hace una perfecta quimera.

la mayor incidencia de malformaciones congénitas se relaciona con el menor nivel socioeconómico; 7,9 millones de niños nacen anualmente con estas deficiencias; esa cifra representa el 6% de los nacimientos en el mundo(51).

La distribución de esta epidemia de malformaciones es un reflejo de otras desigualdades de origen socioeconómico. Un 94% los niños con alteraciones genéticas nacen en los países con menor desarrollo industrial y social, y el 95% de las muertes también ocurre allí(52-54).

Estas diferencias entre países no se relacionan con una mayor incidencia de manipulación genética. Los presupuestos sanitarios de los países pobres y su carencia de cuadros científicos excluyen casi absolutamente el contacto con las nuevas tecnologías. Sin embargo, el aporte de estas naciones al genodeterioro es sustancial. La inequidad en la gestión ambiental y la falta de acceso a los servicios de salud son los determinantes(54), situación que escapa a las prioridades éticas habituales que apuntan a proteger el ADN de la especie de los efectos de actividades biotecnológicas que puedan promover la degradación de la persona humana(55).

La equidad es la condición de distribución igual para iguales menesteres o, según palabras de Alain Minc, “aportar más a quien más lo necesita”(56), algo rayano en la utopía, pero también un principio ético. Los seres humanos poseen derechos preexistentes a cualquier consideración económica o cultural, y los males que surgen de su omisión, si bien no afectan directamente a todos, deben ser considerados como una grave limitación. Estas limitaciones están en la base de muchos peligros en el mundo actual, que no es una aldea global sólo en términos informativos sino también sanitarios.

La célula cancerosa está modificada genéticamente

El problema de salud más relevante asociado con la exposición a genotóxicos ambientales es el cáncer(57). Su origen está en la desregulación de genes, proceso que ocurre principalmente de dos formas: la inactivación de genes supresores de tumores o la activación de oncogenes(57).

La demostración de que gran parte de los carcinógenos es mutágeno ha servido para comprender mejor el origen de muchos cánceres y ha abierto vías para el estudio

de la carcinogénesis ambiental y su prevención. En consecuencia, puede considerarse que, primariamente, el cáncer se origina en una mutación: una célula cancerosa es una célula modificada genéticamente(58,59).

Las estadísticas mundiales de incidencia, prevalencia y mortalidad de enfermedad neoplásica muestran comportamientos disímiles de acuerdo con el tipo de cáncer(60). Dado que en algunos la influencia ambiental es reconocidamente mayor, los agentes etiológicos pueden ser más fácilmente controlados o la localización hace más fácil la detección precoz y el tratamiento. No obstante, se reproduce un patrón general: la incidencia de aquellos cánceres para los cuales hay medidas de prevención tiende a disminuir en los países industrializados y, aún dentro de éstos, la incidencia decrece más en las poblaciones y etnias favorecidas que en aquellas con menor cobertura sanitaria y educación(60-66).

La idea de que es inadmisibles modificar el genoma poniendo en peligro la dignidad y el bienestar de las personas debe ser ampliada en sus consideraciones respecto de los agentes de la modificación. Una revisión de estos conceptos podría ser suscrita como un punto de partida en la promoción de una iniciativa de protección global del ADN contra los efectos de los mutágenos y carcinógenos.

La bioética ambiental más cerca de la experimental

En la bioética ambiental, el primer principio debe ser el de no maleficencia (*primum non nocere*). Toda actividad que implique riesgos de exposición a carcinógenos o mutágenos debe considerarse como cancelable, más aún si es alta la probabilidad de efectos dañinos. Las que se permitan no sólo dependerán de las normas, sino además de la percepción pública ajustada a los hechos demostrados por la investigación científica. Ello expresa la madurez bioética de una sociedad, habilitada para participar en los procesos de toma de decisiones sobre calidad ambiental.

El deber de informar a la sociedad civil se origina en el principio de consentimiento informado. Una comunidad debe elegir si acepta que en su entorno se localicen actividades nocivas. Mientras que los principios de justicia y equidad se encaminan a la distribución de beneficios y riesgos, especialmente al determinar quiénes en la comunidad sufrirán y quiénes se beneficiarán.

Existe una forma de discriminación genética relacionada con la promoción de actividades industriales genotóxicas en ambientes habitados por etnias desfavorecidas(67). La interacción genoma-ambiente estaría marcada por las características de algunos genes que definen rasgos visibles en ese grupo, aunque el daño genético no se relacione con desventajas biológicas sino con criterios racistas en la distribución de los riesgos.

El ADN es un vector que no admite interrupciones: nos comunica con el pasado y con el futuro; los daños que se almacenan en él –como cambios indeseables– pueden modificar la vida de nuestros descendientes. Todos los genomas están sometidos a los efectos del ambiente, algunos serán modificados en laboratorios, la mayoría lejos de éstos. A continuación, se presenta una necesariamente incompleta lista de exposiciones que, a consecuencia del menoscabo de la dignidad humana, pueden causar modificaciones en el ADN y afecciones de salud en las personas expuestas y en su descendencia.

Problemas que promueven el deterioro genómico en las comunidades y que atañen a la bioética ambiental

- Distribución desigual de tóxicos en relación con la etnicidad o el nivel de ingresos.
- Fallas de protección en el ambiente laboral en regiones de menor desarrollo socioeconómico.
- Ausencia deliberada de información sobre los riesgos de exposición a genotóxicos en el ambiente laboral o en la zona de residencia.
- Deficiente o insuficiente evaluación de genotoxicidad de medicamentos o aditivos alimentarios.
- Deficiente evaluación de genotoxicidad de actividades industriales y de otras no asociadas con la producción de bienes.
- Desbalance de la disponibilidad de nucleótidos por desnutrición proteico-calórica.

- Violación del principio de cautela frente a exposiciones cuyo riesgo no ha sido excluido totalmente (promoción del uso de celulares en niños, por ejemplo).
- Publicidad de empresas tabacaleras, en especial su proyección hacia regiones de menores ingresos.
- Ineducación o pobre educación para la protección ambiental en comunidades de bajos recursos.
- Localización preferencial de actividades relacionadas con la liberación de genotóxicos en zonas de bajos recursos.
- Insuficiente desarrollo de la salud pública y, dentro de ella, de políticas preventivas.

Los principios de las agencias reguladoras de la calidad del ambiente provienen de la bioética experimental y su cuerpo jurídico deriva de la tradición humanista que sitúa al hombre en el centro de la atención(67). Pero la legislación, tantas veces inaplicada, es competencia de los poderes del Estado, más allá de la participación ciudadana en el cumplimiento de la ley. La bioética ambiental, por su parte, debe convertirse necesariamente en un tema educativo y entronizarse en la discusión cotidiana para empezar a formar parte de la moral de una sociedad.

El peso relativo de la discusión sobre modificaciones genéticas intencionales y no intencionales debe ser equilibrado atendiendo también a la cantidad de genomas potencialmente afectados por ambas prácticas. La equidad y la justicia nos obligan a considerar que la perspectiva del daño genético debe ser elaborada con un enfoque bioético dentro del discurso académico y público. No hay una contraposición real entre el debate sobre las tecnologías de manipulación genética y el relativo al deterioro genómico en los ecosistemas; sólo es necesario un abordaje público bien dirigido para enfrentar los desafíos, primero, en la conciencia de la gente y, luego, en las dificultades de la práctica.

Referencias

1. Wing S. Objectivity and Ethics Environmental Health Science. *Environmental Health Perspectives* 2003; 111(14):1809-1818.
2. Sharp RR. Ethics and Environmental Health. *Environmental Health Perspectives* 2003; 111(14): 1786-1788.
3. Ford A. *La marca de la bestia. Identificación, desigualdades e infoentretenimiento en la sociedad contemporánea*. Buenos Aires: Grupo editorial Norma; 2002: 54-55.
4. Ramonet I. Comunicación contra Información. En: *La tiranía de la comunicación*. Madrid. Ed. Debate SA; 2000: 23.

5. Nordlee JA. Identification of a Brazil-nut allergen in transgenic soybeans. *New England Journal of Medicine* 1996; 334: 688-692.
6. Macer D. *Food, plant biotechnology and ethics*. Subcommittee on Food, plant biotechnology and ethics of the UNESCO International Bioethics Committee; 1996.
7. Piperakis SM, Petrakou E, Tsilimigaki S. Effects of air pollution and smoking on DNA damage of human lymphocytes. *Environ Mol Mutagen* 2000; 36:243-249.
8. Nagy E, Johansson C, Zeisig M, Moller L. Oxidative stress and DNA damage caused by the urban air pollutant 3-NBA and its isomer 2-NBA in human lung cells analyzed with three independent methods. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2005; 827(1): 94-103.
9. Zalacain M, Sierrasesumaga L, Patino A. The cytogenetic assay as a measure of genetic instability induced by genotoxic agents. *An Sist Sanit Navar* 2005; 28(2): 227-236.
10. Vineis P, Husgafvel-Pursiainen K. Air pollution and cancer: biomarker studies in human populations. *Carcinogenesis* 2005; 26(11):1846-1855.
11. Broad WJ. Publisher Settles Suit, Says Clone Book Is a Fake. *Science* 1982; (216): 391.
12. Robertson JA. Human Cloning and the Challenge of Regulation. *New England Journal of Medicine* 1998; 339:119-122.
13. Kassirer J, Rosenthal N. Should Human Cloning Research Be Off Limits? *New England Journal of Medicine* 1998; 338: 905-906.
14. *The Columbia Encyclopedia*. Sixth Edition. Columbia University Press; 2001-2005.
15. Huxley A. *Brave New World*. New York: Harper Perennial; 1989.
16. Wilmut I, Schnieke AE, McWhir J, et al. Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells. *Nature* 1997; 385(6619): 810-813.
17. Schüklenk U, Ashcroft R. The ethics of reproductive and therapeutic cloning research. *Monash Bioethics Review* 2000; 19(2): 34-45.
18. Maggie S. *Carbon kitty's \$50,000 price tag*. BBC News, Tuesday, April 27 2004. (Online) Available at <http://news.bbc.co.uk/1/hi/sci/tech/3663277.stm><http://news.bbc.co.uk/1/hi/sci/tech/3663277.stm>
19. Declaración de 191 países en Ginebra Suiza. *La OMS dice que es inaceptable la clonación humana*. Clarín, Noticias del Mundo/Sociedad, Argentina, jueves 25 de mayo de 1997. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.clarin.com/diario/1997/05/15/e-04501d.htm>
20. Endocrine Society USA. Stem Cell Research: The Endocrine Society Position. *Endocrine News* 2005; 30(9):12-14.
21. Council of Europe. *Convention for the Protection of human Rights and Dignity of the Human being with regard to the application of biology and medicine*. ETS 164 – Convention on Human Rights and Biomedicine 4. IV.1997.
22. Robertson JA. Liberty, Identity, and Human Cloning. *Texas Law Rev* 1998; 77: 1371-456.
23. Wertz DC. Twenty-One Arguments Against Human Cloning, and Their Responses. *The Gene Letter* 1998; August. (Online) Available at <http://geneletter.com/archives/twentyonearguments.html>
24. Johnson JA. Report for Congress. Human Cloning. Received through the CRS Web Updated March 10, 2003. *Congressional Research Service The Library of Congress*. Order Code RL31358, 2003.
25. Medical Research Council. Therapeutic use of cell nuclear replacement: Therapeutic cloning. *Research in Focus* 2002; September (Online) Available at <http://www.mrc.ac.uk>
26. Hughes J. Embracing Change with All Four Arms: A Post-Humanist Defense of Genetic Engineering. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 1996; 6(4): 94-101.
27. Cibelli JB, et al. *Somatic Cell Nuclear Transfer in Humans: Pronuclear and Early Embryonic Development*. *Journal of Regenerative Medicine* 2001; (2): 25-31.
28. Ward MH, De Kok TM, Levallois P, et al. Workgroup Report: Drinking-Water Nitrate and Health-Recent Findings and Research Needs. *Environmental Health Perspectives* 2005; 113(11): 1607-1614.
29. Pollard I. Bioscience-bioethics and life factors affecting reproduction with special reference to the Indigenous Australian population. *Reproduction* 2005; (129): 391-402.
30. Silbergeld EK, Patrick TE. Environmental exposures, toxicological mechanisms, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(5 Suppl):S11-S21.

31. Cai Y, Fangs W. Famine, social disruption, and involuntary fetal loss: evidence from Chinese survey data. *Demography* 2005; 42(2):301-22.
32. Committee on Science, Engineering, and Public Policy (COSEPUP). Board on Life Sciences. *Scientific and Medical Aspects of Human Reproductive Cloning*. Washington DC: National Academic Press; 2002.
33. Herper M. Stem-Cell Research Cloning's High Cost. (Issued Forbes.com, 11.26.01). (Online) Available at [http://www/forbes.com/2001/11/26/1126cloning.html](http://www.forbes.com/2001/11/26/1126cloning.html)
34. Plotz D. The Stork Market. How making babies has become a \$3 billion industry - and an unregulated mess. *The Washington Post*. Technology/Special Reports/Biotechnology. Sunday, February 26, 2006; Page BW05.
35. Wai Nang C, (ed.) *Genetic Toxicology and Cancer Risk Assessment*. Hayward California: Kosan Biosciences, Inc.; 2001.
36. Guidelines for Mutagenicity Risk Assessment. EPA/630/R-98/003. *Federal Register* 1986; 51(185):34006-34012.
37. Atamna H, Cheung I, Ames BN. A method for detecting a basic sites in living cells: Age-dependent changes in base excision repair. *PNAS* 2000; 97(2): 686-691.
38. US - EPA. Toxic Release Inventory. *Data Release Summary of Key Findings* 2002.
39. *Air Quality Strategy for England, Scotland, Wales and Northern Ireland*, 2003. Scottish Executive. Available at <http://www.scotland.gov.uk>
40. Brandon C, Ramankutty R. *Toward an Environmental Strategy for Asia*. World Bank, Discussion Papers #224 1993; Chapter 4: 65-73.
41. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1971.
42. Bocskay KA, Tang D, Orjuela MA, et al. Chromosomal Aberrations in Cord Blood Are Associated with Prenatal Exposure to Carcinogenic Polycyclic Aromatic Hydrocarbons. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2005; 14: 506-511.
43. United Nations Population Fund. *The state of World Population 2005. Developmental Level and Environmental Impact*. (Online) Available at <http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>
44. Sycheva LP, Rakhmanin IA, Revazova IA, et al. Role of genetic studies in the evaluation of the human influence of environmental factors; *Gig Sanit* 2005; 6: 59-62.
45. Yuan J, Wu XJ, Lu WQ, et al. Chlorinated river and lake water extract caused oxidative damage, DNA migration and cytotoxicity in human cells. *Int J Hyg Environ Health* 2005; 208(6): 481-8.
46. Farmer PB, Singh R, Kaur B, et al. Molecular epidemiology studies of carcinogenic environmental pollutants. Effects of polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) in environmental pollution on exogenous and oxidative DNA damage. *Mutat Res* 2003; 544(2-3): 397-402.
47. Ramon R, Ballester F, Rebagliato M, et al. Red INMA. The Environment and Childhood Research Network ("INMA" network): study protocol. *Revista Española de Salud Pública* 2005; 79(2): 203-220.
48. Neri M, Bonassi S, Knudsen LE, et al. Children's exposure to environmental pollutants and biomarkers of genetic damage. I. Overview and critical issues. *Mutat Res* 2006; 612(1): 1-13.
49. Dana BB, Wang RY, Needham LL. Biologic Monitoring of Exposure to Environmental Chemicals throughout the Life Stages: Requirements and Issues for Consideration for the National Children's Study. *Environmental Health Perspectives* 2005; 113: 1083-1091.
50. Christianson A, Howson CP, Modell B. *March of Dimes. Global report on birth defects. The hidden toll of dying and disabled children*. Executive Summary. New York: March of Dimes Birth Defects Foundation. White Plains; 2006.
51. Dejmeck J, Solansky I, Benes I, et al. The Impact of Polycyclic Aromatic Hydrocarbons and Fine Particles on Pregnancy Outcome. *Environmental Health Perspectives* 2000; 108: 1159-1164.
52. Silbergeld EK, Patrick TE. Environmental exposures, toxicologic mechanisms, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5 Suppl): S11-S21.
53. Corradini L. Entrevista a Alain Minc "Influirá más quién forme las futuras élites". La Nación, Argentina: pág. 6, seccion 7. Enfoques. Domingo 5 de marzo de 2006.
54. Alberts B, Johnson A, Lewis J, et al., (eds.) *Molecular Biology of the Cell, Fourth Edition*. New York: Garland Ed.; 2002-2003.
55. Hagmar L, Bonassi S, Stromberg U, et al. Chromosomal aberrations in lymphocytes predict human cancer: a report from the European Study Group on Cytogenetic Biomarkers and Health (ESCH). *Cancer Res* 1998; 58(18): 4117-4121.

56. Hagmar L, Bonassi S, Stromberg U, et al. Cancer predictive value of cytogenetic markers used in occupational health surveillance programs: a report from an ongoing study by the European Study Group on Cytogenetic Biomarkers and Health. *Mutat Res* 1998, 405(2):171-178.
57. Ghafoor A, Feuer EJ, Thun ME, et al. Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:10-30.
58. National Cancer Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. *US Mortality Public Use Data Tapes 1960 to 2002*. American Cancer Society Surveillance Research, 2006.
59. Hill C, Doyon F. The frequency of cancer in France in year 2002, and trends since 1968. *Bull Cancer* 2006; 93(1): 7-11.
60. Morse DE, Kerr AR. Disparities in oral and pharyngeal cancer incidence, mortality and survival among black and white Americans. *J Am Dent Assoc* 2006;137(2): 203-212.
61. Benjamin J, Apelberg BJ, Buckley TJ, et al. Socioeconomic and Racial Disparities in Cancer Risk from Air Toxics in Maryland. *Environmental Health Perspectives* 2005; 113(6): 693-699.
62. Morello-Frosch R, Jesdale BM. Separate and Unequal: Residential Segregation and Estimated Cancer Risks Associated with Ambient Air Toxics in U.S. Metropolitan Areas *Environmental Health Perspectives* 2006; 114 (3).
63. Coleman MP, Esteve J, Damiecki P, et al. Trends in cancer incidence and mortality. *IARC Scientific Publication* 1993;121.
64. Morello-Frosch R, Pastor M, Porras C, et al. Environmental justice and regional inequality in southern California: implications for future research. *Environmental Health Perspectives* 2002; 110 (Suppl 2): 149-154.
65. Committee on the Use of Third Party Toxicity Research with Human Research Participants. *Intentional Human Dosing Studies for EPA Regulatory Purposes: Scientific and Ethical Issues* (Free Executive Summary). Washington: National Academies Press; 2004. (Online) Available at <http://www.nap.edu/catalog/10927.html>
66. Grandjean P, Sorsa M. Ethical aspects of genetic predisposition to environmentally related disease. *Sci Total Environ* 1996; 184: 37-43.
67. Beauchamps TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.

Recibido: 20 de junio de 2007.

Aceptado: 4 de julio de 2007.

VALORES O VALORACIONES. APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA A LA INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA

Nelson Eduardo Álvarez Licona*

Resumen: Este artículo analiza el aporte de la antropología a la bioética, en cuanto a su metodología y a sus marcos teóricos de referencia. Sostiene que las mayores confusiones provienen de la aplicación mecánica de los así llamados “valores universales”; éstas se disolverían si, cuando se interpreta el comportamiento moral, se comprende que en realidad no estamos frente a valores, sino a valoraciones.

Palabras clave: dignidad, identidad, valores, valoraciones, metodologías, técnicas de investigación

VALUES OR APPRAISEMENTS. ANTHROPOLOGY'S CONTRIBUTIONS IN BIOETHICS RESEARCH

Abstract: This paper analyzes anthropology's contribution to bioethics, related to its methodology and theoretical frameworks of reference. It affirms that most confusions arise from the mechanic application of the so called “universal values” which would be solved if, when interpreting moral behavior, we understood that we are not considering values but appraisements..

Key words: dignity, identity, values, assessment, methodology, research techniques

VALORES OU VALORIZAÇÕES: CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA PARA A PESQUISA EM BIOÉTICA

Resumo: Este artigo analisa a contribuição da antropologia para a bioética, no que toca à sua metodologia e seus marcos teóricos de referencia. Sustenta que as maiores confusões surgem da aplicação mecânica dos assim chamados “valores universais”. Estas confusões se dissolvem, quando se interpreta o comportamento moral, se compreende que na realidade não estamos frente a valores mas, a valorizações.

Palavras-chave: dignidade, identidade, valores, valorizações, metodologias, técnicas de pesquisa

* Doctor en Antropología Social. Sección de Estudios de Postgrado e Investigación, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México

Correspondencia: nalvarez@ipn.mx

Introducción

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el estudio y la práctica de la bioética es la aplicación mecánica de lo que se ha dado en llamar “valores universales”. La creencia en éstos se derrumba cuando nos percatamos de que siempre estamos en presencia de valoraciones que parten de contextos determinados espacio-temporalmente. El análisis de una cultura nos permite entender ese contexto y, además, el comportamiento de los sujetos que lo comparten, lo que no implica estar de acuerdo con su explicación de la realidad.

Aceptar la existencia de valores universales importa reconocer algo que está más allá del hombre, que trasciende el espacio y el tiempo. Sin embargo, nunca nos encontramos, por ejemplo, ante la libertad, sino ante una valoración respecto de ciertas prácticas. Si partimos de la convicción de que los valores son entidades con existencia propia, no quedaría más que la aplicación mecánica de sus preceptos, dejando a la experiencia humana al margen de su necesaria contextualización espacio-temporal. La argumentación de la existencia de valores como entidades suprahumanas, encarnadas en el hombre, se ilustra en afirmaciones como la siguiente: “Estoy muy lejos de la arrogancia escéptica con que a menudo se trata a los valores. Me son también ajenas las tendencias (que se dan frecuentemente) de ‘reducirlos’ a cualquier modo subjetivo de comportamiento del hombre o de comunidades humanas enteras, como si no hubiera los valores mismos y únicamente hubiera ciertos engaños e ilusiones que resultan de ciertas actitudes y necesidades individuales o que han adquirido carta de naturaleza en algunas comunidades” (1).

Un ejemplo de las implicaciones que plantea el tratamiento de los valores desde las dos perspectivas es el de la “dignidad humana” que se desprende del concepto “persona”, gestado en el pensamiento cristiano desde la reflexión sobre el misterio trinitario y su aplicación a la misma persona de Cristo. En los primeros siglos del cristianismo transitó desde la teología hasta la filosofía, refiriéndose primero al carácter trinitario divino para luego aludir a la existencia de Dios en el hombre. Lo que dará lugar en la legislación de Roma a la designación de un sujeto de derechos y deberes, dejando la significación indeterminada que aludía a cualquier objeto, como era entendido por los griegos, para referirse a un sujeto regulado mediante las leyes de la ciudad. A partir de aquí se comienza a debatir

acerca del sentido de “persona” (diferenciándola de “sustancia”), que implicaba la presencia de Dios. Para los romanos, *prósôpon* no designará un objeto sino a un sujeto personal, a un ser espiritual con una “dignidad” constitutiva de su mismo ser(2). La dignidad es, entonces, irrenunciable, es innata al hombre. No puede ser demostrada, ya que depende de la aceptación, mediante la fe, de la existencia de Dios.

Existe, en contraposición, otra corriente de pensamiento que ubica la categoría “dignidad” en relación con la práctica social y no con lo ontológico. Esta forma de conceptualizarla la encontramos en la definición del Diccionario de la Lengua Española: “excelencia, realce // Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse // Cargo o empleo honorífico y de autoridad”. Como decoro, Gómez Pin, apunta: “una primera connotación del término que en este trabajo nos ocupa, la dignidad como decencia, en el sentido de la adecuación a la mirada del otro, que sólo asténicamente se conserva en el uso habitual del término ‘decoro’” (3).

La palabra se relaciona entonces con la valoración del comportamiento moral desde la mirada exterior. La dignidad es atribuida desde un juicio y no tiene una explicación ontológica, sino que requiere para su comprensión del referente espacio-temporal de la cultura, en la cual encontramos los elementos que nos permiten construir una interpretación de lo que percibimos. Al percibir formalizamos y es a partir de esa forma con que damos sentido a lo que percibimos que podemos estar ante realidades conocidas. La formalización depende de los criterios de interpretación aprendidos que corresponden a las estructuras propias de la sociedad. “El hombre es un animal colgado de una red de significado que él mismo ha tejido. Para mí la cultura son esas redes y su análisis no debe ser una ciencia experimental en búsqueda de leyes, sino una ciencia interpretativa en búsqueda de significado” (4).

Una cultura determinada establece lo permitido y lo no permitido. “Cada cultura descartaba elementos que eran incongruentes, modificaba otros para sus propios fines e inventaba otros más que coincidieran con sus gustos. El resultado era una forma de vida dispuesta en torno a unos cuantos principios estéticos e intelectuales que producían una cosmovisión. La tarea del antropólogo no es tan sólo registrar una mirada de detalles acerca de un pueblo, sino demostrar una unidad más profunda que integra los diferentes rasgos de una cultura” (4).

Dentro de la cultura se gestan los valores mediante los cuales se valida el comportamiento social, formando así los criterios de verdad y los juicios de valor, partes de las estructuras que permiten entender la práctica social, al ser principios generadores y organizadores de las prácticas y sus representaciones(5).

La argumentación respecto de la dignidad no es una discusión inocente, ni exclusivamente académica, sino que refleja la explicación de la realidad desde presupuestos teóricos que en este caso son contrapuestos, encontrándonos con que está en juego no sólo la explicación de un concepto, sino la implementación de políticas de control social, como es el caso de los grupos que plantean, desde el argumento ontológico, la defensa de la vida bajo cualquier circunstancia. Basados en este supuesto, sostienen que la dignidad es constitutiva del ser humano; que todo hombre ha sido concebido divinamente al serle infundida su dignidad, pues es manifestación de Dios mismo, mediante la hipóstasis que se acepta como inmanente al ser humano. La relevancia de aceptar la propuesta indemostrable del origen óntico de la dignidad se muestra en la creación de la categoría de “dignidad” para referirse a la “dignidad ontológica, premoral, de la persona, como ser digno por el solo hecho de ser persona e, incluso, al margen de su comportamiento moral” (2, p. 165). Al no poder negar la existencia del referente espacio-temporal, se ha concebido la existencia de la categoría “dignidad” sin negar a la primera. Este nuevo concepto sólo puede ser aceptado si se parte del supuesto de la existencia de Dios, mediante la fe. Con este tipo de argumentos se pretende crear las condiciones para que las propuestas de explicación se conviertan en prácticas sociales: aceptación de los criterios de verdad impuestos sin cuestionamientos, que conviertan estas explicaciones en principios de actuación y en regulación de prácticas sociales.

En los juicios morales encontramos referentes que sólo se explican a través de la sociedad como generadora de la identidad definida como “estado de realidad”. Entiendo por tal el momento de nuestra vida en el cual estamos siendo. En la concreción de nuestro existir nos encontramos con la condición de que, a la vez que encarnación de la sociedad que nos proporciona los contextos, formalizamos en una existencia propia la realidad desde nuestra óptica particular. La identidad es una experiencia constante en la concreción de nuestro existir. Vivimos un proceso de permanente cambio,

en el cual los diferentes elementos que nos conforman inciden en nuestra percepción e interpretación de la realidad, dependiendo de qué tan importante es su presencia en un momento determinado. Por ejemplo, nuestros estados de ánimo pueden determinar la percepción estética e, incluso, cambiar el sentido de comunicación que un gesto nos provoque.

La reflexión acerca del comportamiento moral conlleva necesariamente la consideración de los valores. Si hablamos de valores universales, estamos entonces ante valores eternos. De los valores universales sólo podemos afirmar que han sido una búsqueda constante de la humanidad, pero lo eterno, al estar al margen del espacio y el tiempo, no es posible formalizarlo. Siempre damos forma en base a contextos, pues nuestro entender e interpretar depende de nuestra cultura.

La valoración moral consiste en evaluar con base en criterios de bien y mal. De dichas valoraciones no es posible deducir una obligación universal, sino sólo una conclusión estadística. Cualquier afirmación tácita, individual o grupal, es efímera, pasajera, lo que no se contrapone con el hecho de que la dignidad, la justicia o la libertad haya que respetarlas como acuerdos sociales, al margen de las contingencias ideológicas que sufren nuestras sociedades.

Las valoraciones pueden llevarnos al reconocimiento estadístico de una práctica moral, pero nunca a que la interpretemos como un hecho verdadero, ya que el comportamiento moral no puede tener el aval de la certidumbre científica.

La antropología y su aporte metodológico a la investigación en bioética

Alfonso Pérez Argote señala que: “el análisis de los fenómenos sociales de identidad colectiva debe hacerse (...) a través de un doble momento metodológico. Un momento (...) en el que se acepta la identidad, la creencia, el sentimiento, la conciencia en cuestión, su definición de la realidad y se observa cómo determina el comportamiento; este momento garantiza la inexistencia de un juicio sobre la científicidad de la imagen de la realidad, lo que constituiría un auténtico juicio de valor. El momento genético garantiza la consideración de la imagen como variable dependiente, acercándonos a sus determinaciones objetivas y a los mecanismos sociales de producción y reproducción de la imagen. Este doble momento nos acerca a la arbitrariedad

lógica y a la determinación social de todo fenómeno social” (6).

La antropología aporta la metodología de investigación apropiada para acercarnos al fenómeno u objeto de estudio, de manera que la observación se encuentre lo mejor controlada para evitar los sesgos propios de la persona –juicios de valor y los criterios de cientificidad–, ya que mediante la observación participante se puede penetrar a la interioridad y pasar así de la observación, que discurre en la superficie, a la información en que se encuentra la lógica que sustenta las prácticas. En la Introducción a “Los Argonautas del Pacífico Occidental”, Bronislaw Malinowski habla de las condiciones en que debe realizarse el trabajo etnográfico: “lo fundamental es apartarse de la compañía de los otros blancos y permanecer con los indígenas en un contacto tan estrecho como se pueda, lo cual sólo es realmente posible si se acampa en sus mismos poblados” (7). Sólo podemos conocer una cultura o explicar ciertos comportamientos morales adoptando sus propios puntos de vista, lo que no quiere decir compartirlos, sino entender la lógica de explicación en que se sustentan. Un aporte importante de la antropología a la bioética es la observación participante, ya que permite acceder a la información desde las lógicas que la sustentan. Aunque no podemos ignorar que el trabajo de campo descansa tanto en los presupuestos teóricos como en las valoraciones respecto del comportamiento estudiado (8).

Los marcos teóricos que proporcionan la teoría antropológica y las ciencias sociales permiten un acercamiento a ese momento genético apuntado por Pérez Argote y que corresponde al momento *étic*¹, condición necesaria para pasar de la descripción a la explicación del fenómeno social que se estudia. Después de hablar de la importancia de una sólida formación científica del etnógrafo, Malinowski apunta una observación fundamental: “No me extenderé más sobre este tema, salvo en una observación para evitar cualquier posible equívoco. Tener una buena preparación teórica y estar al tanto de los datos más recientes no es lo mismo que estar cargado de ‘ideas preconcebidas’. Si alguien emprende una expedición decidido a probar determinada hipótesis y es incapaz de cambiar en cualquier momento sus puntos

de vista y de desecharlos de buena gana bajo el peso de las evidencias, no hace falta decir que su trabajo no tendrá ningún valor. Cuantos más problemas se plantee sobre la marcha, cuanto más se acostumbre a amoldar sus teorías a los hechos y ver los datos como capaces de configurar una teoría, mejor equipado estará para su trabajo. Las ideas preconcebidas son perniciosas en todo trabajo científico, pero las conjeturas son el don principal de un pensador científico, y tales conjeturas le son posibles al observador sólo gracias a sus estudios teóricos” (7, p. 26).

Si todo conocimiento tiene su origen en la observación y ésta se compone de cuatro elementos: el observador, los fenómenos observados, la información buscada y el papel del observador (9), en el caso de la investigación en bioética, a semejanza de la antropológica, el investigador constituye un elemento decisivo. Es fundamental que el acercamiento a los fenómenos se haga tomando conciencia de y asumiendo la carga moral y los juicios de valor que son parte de la forma como interpretamos lo que percibimos. Por ello, es relevante el aporte de la antropología a la investigación en bioética, mediante los controles clásicos que existen sobre la investigación antropológica. De hecho, algunos de éstos no son sino lógica coincidencia de los procedimientos empleados en ambas disciplinas:

- Controles sobre la ecuación personal, siendo el trabajo en equipo la forma ideal para realizarlo. Los comités de bioética funcionan sobre la base del trabajo en equipo, que además es multidisciplinario, lo que controla los sesgos provocados por las valoraciones de cada miembro en particular.
- Controles sobre la obtención y fiabilidad de los datos. Metodológicamente y mediante el cuaderno de campo, se puede hacer una estricta separación de los tipos de fuentes de datos.
- Contraste de la información ha sido una técnica comúnmente empleada en antropología. Para la investigación en bioética resulta valiosa la contrastación cruzada de la información.
- La falseabilidad, la replicabilidad, la fiabilidad intersubjetiva y la navaja de Occam son principios que se incluyen en la lógica de la ciencia. “Lo que distingue a la ciencia de la pseudociencia no es el tema que se trate, sino la metodología que se emplea” (10).
- Controles sobre los diseños y métodos de investigación.

1 “*étic* y *émic*: Distingue entre la comprensión de las representaciones culturales desde el punto de vista de un nativo de la cultura (*émic*) y la comprensión de las representaciones culturales desde el punto de vista de un observador externo a la cultura (*étic*)”. Barfield T, Schussheim V. *Diccionario de Antropología*. México: Siglo Veintiuno Editores; 2000.

La antropología también puede aportar a la formación de bioeticistas la elaboración de programas de formación de observador, para reducir los sesgos, donde se contemplan:

- Datos de sociabilidad del observador.
- Su capacidad de adaptación a situaciones nuevas o impactantes.
- Rigidez en el mantenimiento de sus propios esquemas.
- Reconocimiento de si el sujeto atribuye a causas internas o externas las consecuencias de sus actos.

Con esto se ayuda a que el investigador pueda controlar la influencia de las características de su personalidad sobre el proceso de investigación.

Conclusiones

El aporte teórico y metodológico de la antropología al trabajo de investigación en bioética permite abordar de modo riguroso el tratamiento de los fenómenos de comportamiento moral, al reconocer al ser humano como producto y productor de la cultura. Es en la sociedad donde los individuos reciben los contextos que les permiten formalizar los fenómenos que perciben: “la sociedad, con sus instituciones, valores, conceptos y lengua es sociológicamente anterior a sus miembros particulares, que sólo se convierten en hombres a

través de la educación o adaptación a una sociedad determinada” (11).

El referente social (espacio-tiempo) es necesario para que el estudio de los fenómenos del comportamiento humano pueda ser entendido desde la lógica del sujeto como constructor de significados. Siendo el objeto de estudio de la bioética el comportamiento moral, resulta enriquecedor el aporte de una disciplina como la antropología, que ha desarrollado una serie de técnicas y métodos para la obtención de información, controlando los sesgos propios de la ecuación personal, así como un cuerpo teórico que permite construir mecanismos interpretativos acerca del comportamiento social.

Pero el hombre es también, además de un ser social, un ser individual, que adopta decisiones sobre la base de construcciones respecto de la realidad y de cálculos estratégicos sobre respuestas esperadas, por lo que habría que entenderlo no como un ser determinado, sino como un proceso dinámico. El estudio de la identidad, entendida como constructo, ayuda a entender la diversidad en la homogeneidad.

Las respuestas fáciles de aplicación mecánica, basadas en la existencia de principios indemostrables, no hacen sino ocultar la falta de rigor en el análisis de los fenómenos, cuando no intereses inconfesados que intentan imponer un modo de interpretar la realidad.

Referencias

1. Ingarden R. *Lo que no sabemos de los valores*. Madrid: Ediciones Encuentro; 2002.
2. Moreno Villa M. *El hombre como persona*. Madrid: Caparrós Editores; 1995: 19.
3. Gómez Pin V. *La dignidad: lamento de la razón repudiada*. Barcelona: Paidós; 1995: 14.
4. Barfield T, Schusheim V. *Diccionario de Antropología*. México: Siglo Veintiuno Editores; 2000.
5. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones; 1991.
6. Pérez Argote A. *La identidad colectiva: una reflexión abierta desde la sociología*. Madrid: Revista de Occidente; 1986.
7. Malinowski B. *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Península; 1995: 24.
8. López Coira M. La influencia de la ecuación personal en la investigación antropológica o la mirada interior. En: Cátedra M, (ed.) *Los españoles vistos por los antropólogos*. Madrid: Jucar; 1991.
9. Junker BH. *Introducción a las ciencias sociales. El trabajo de campo*. Buenos Aires: Marymar; 1972.
10. Genovés S. *Ciencia y trascendencia*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1995.
11. Dumont L. *Ensayos sobre el individualismo*. Madrid: Alianza Editorial; 1987: 86.

Recibido: 1 de septiembre de 2006.

Aceptado: 12 de diciembre de 2006.

SISTEMAS SANITARIOS Y REFORMA AUGE EN CHILE

Alejandra Zúñiga Fajuri*

Resumen: A partir de la clasificación de los sistemas sanitarios en términos de su financiamiento, número de actores y consecuencias en equidad, este ensayo pretende analizar algunas de las transformaciones producidas en Chile con la reforma del sistema de salud llamada “Plan AUGE” (Acceso Universal de Garantías Explícitas). Se examinan las tareas pendientes para la conversión de un sistema que, manteniendo su carácter mixto, sea capaz de superar sus actuales consecuencias fuertemente regresivas.

Palabras clave: sistema sanitario, equidad, financiamiento, racionamiento

HEALTH CARE SYSTEMS AND “AUGE” REFORM IN CHILE

Abstract: Through the classification of health care systems in terms of their financing, number of stakeholders and consequences for health care equity, this essay pretends to analyze some of the changes that have taken place in Chile due to the health care reform system “AUGE” (Universal Access to Explicit Guarantees). Pending tasks are examined for conversion to the system that, while maintaining its mixed character, may be able to overcome its present strongly regressive consequences.

Key words: Health care system, equity, financing, rationing

SISTEMAS SANITÁRIOS E REFORMA AUGE NO CHILE

Resumo: A partir da classificação de dois sistemas sanitários em termos de seu financiamento, número de atores e conseqüências em termos de equidade, este ensaio pretende analisar algumas das transformações produzidas no Chile com a reforma do sistema de saúde chamado “Plano AUGE” (Acesso Universal de Garantias Explícitas). São examinados as tarefas pendentes para a conversão de um sistema que, mantendo seu caráter misto, seja capaz de superar suas conseqüências fortemente regressivas.

Palavras-chave: sistema sanitário, equidade, financiamento, racionamento

* Doctora en Derecho. Centro de Investigaciones Jurídicas, Escuela de Derecho, Universidad Diego Portales, Chile
Correspondencia: zunigafajuri@gmail.com

“La justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento”
(Rawls, 1971).

Introducción

El principal objetivo de los sistemas de salud, según ha sostenido la Organización Mundial de la Salud (OMS), es estrechar las brechas de equidad sanitaria. Los estudios demuestran que las personas que viven en la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que ir “contra corriente”, con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados(1).

El presente artículo busca, a partir de una clasificación de los sistemas sanitarios, analizar algunas de las transformaciones que se han producido en Chile, en materia de equidad en salud, con la reforma del sistema de salud llamada “Plan AUGE” (Acceso Universal de Garantías Explícitas). En la primera parte se intenta una clasificación de los sistemas sanitarios en atención a su modalidad de financiamiento, pluralidad de actores y consecuencias en materia de igualdad; en la segunda se analiza el sistema sanitario chileno y sus transformaciones a propósito del AUGE, desde las clasificaciones mencionadas. Para finalizar, se examinan las tareas pendientes para la conversión de un sistema que, manteniendo su carácter mixto, sea capaz de superar sus actuales consecuencias fuertemente regresivas.

Modelos de sistemas sanitarios

¿Qué tipo de sistema asegura la distribución más equitativa de cuidado sanitario? ¿Es legítima la existencia de un sistema sanitario con distintos niveles de atención? El objetivo de la provisión pública de cuidados médicos es garantizar a toda la población ciertas capacidades básicas. Si bien este objetivo no implica necesariamente que el sector público deba ofrecer sanidad a toda la población en forma gratuita, se debería garantizar que, ante una enfermedad, nadie se quede sin cuidados médicos esenciales o se vea condenado a la pobreza para poder pagarlos.

En opinión de Zubiri Oria, es posible lograr lo anterior de diversas formas. Por un lado, al igual que ocurre con los automóviles, el sector público podría obligar a todos a comprar seguros médicos privados, lo que exigiría una regulación precisa para evitar que determinadas personas se vieran forzadas a pagar primas muy elevadas o que fueran rechazadas por las compañías privadas. Otra alternativa es que el sector público se limite a proveer cobertura total y gratuita, dentro de ciertas necesidades cubiertas, sólo para quienes tuvieran rentas por debajo de cierto nivel y para el resto sólo cobertura en el caso de enfermedades catastróficas (muy costosas, de larga duración, crónicas, entre otras). Irlanda, Países Bajos y, en menor medida, Suiza se ajustan a este esquema. Finalmente, una tercera forma de asegurar cuidado sanitario podría consistir en que el sector público ofreciera cobertura total de ciertas necesidades a toda la población. Este es el esquema adoptado generalmente en los países con sistemas nacionales de salud, como España, Reino Unido, Italia y Suecia(2).

¿Qué sistema sanitario deberíamos preferir?

Del financiamiento público al pago por servicio

Según su modo de financiamiento, es posible clasificar cinco modelos de sistemas sanitarios(3). Cada uno se encarga de distribuir las cargas financieras y los beneficios sanitarios de distinta forma; por tanto, cada método tiene sus propias implicaciones de equidad. La mayoría de los esquemas de financiamiento sanitario están diseñados para asegurar el acceso equitativo al cuidado sanitario y garantizar protección financiera frente a las pérdidas catastróficas derivadas de enfermedades o accidentes, previniendo la pobreza. Los cinco sistemas son:

- *Esquema de ingresos de impuestos generales.* Probablemente, el más utilizado en el mundo para financiar parte o todo el sistema sanitario. Según la información del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mientras los países pobres asignan sólo un 18% de sus ganancias debidas a la recaudación de impuestos al sistema sanitario –pues tienen menos base impositiva y menos capacidad recaudatoria–, los países ricos asignan hasta el 48%(3). Normalmente, este sistema consigna un cierto impuesto recaudado a un fin específico, como, por ejemplo, destinar lo que se recibe gracias al impuesto al ta-

baco o al alcohol para financiar ciertos programas prioritarios de salud.

- *Seguro social.* Posee dos características que lo distinguen del sistema de los seguros privados. Primero, es obligatorio, por lo que todos los que pertenezcan a un cierto grupo elegible –como el grupo de los trabajadores, por ejemplo– deben contribuir con una prima a financiar un seguro que les garantice cobertura frente a ciertas enfermedades. En segundo lugar, tanto el monto de la prima como los beneficios que se obtienen por ella están determinados por ley y sólo pueden modificarse mediante un cierto procedimiento político formal¹.
- *Seguros privados.* Funcionan por medio de un contrato privado que, a cambio de una prima, ofrece cubrir los gastos de ciertas enfermedades o accidentes. Son administrados por compañías de seguros que determinan el costo de la prima bajo la lógica del mercado y las características de riesgo individuales. Por ello, las personas enfermas pagan más por acceder a la misma cobertura que las personas sanas, de la misma forma que los miembros de ciertos grupos definidos por edad, sexo, estatus sanitario, entre otros aspectos.
- *Pago por servicio.* Funciona más bien como complemento de alguno de los sistemas mencionados pues, normalmente, tanto los sistemas públicos como los privados lo usan para completar el costo de ciertos servicios o tratamientos más o menos onerosos, haciendo que el paciente pague de su bolsillo la diferencia no cubierta por el seguro.
- *Sistema de financiamiento comunitario.* Los miembros de la comunidad pagan una contribución para financiar a una entidad organizada para proveer un paquete de servicios sanitarios. Algunos ejemplos de financiamiento comunitario exitoso son los *Dana Sehat* de Indonesia, la Tarjeta Sanitaria en Tailandia y el Sistema de Cooperativas Médicas en China(3).

Sistemas unificados y sistemas pluralistas

Otro modo de clasificar estos sistemas es atendiendo a la cantidad de actores que participan en ellos. Siguiendo

a Beauchamp y Childress, se puede hablar de sistemas unificados en aquellos casos en los que se permite que sólo un actor (normalmente el Estado) se haga cargo de la provisión del cuidado sanitario. En los sistemas pluralistas, en cambio, participan tanto organismos públicos como privados. Los planes de los sistemas unificados tendrían en cuenta principalmente la justicia igualitarista, con una consideración secundaria de la utilidad; los pluralistas, al contrario, considerarían primariamente la utilidad (eficiencia y amplitud de la cobertura) con la justicia como consideración secundaria.

Los sistemas sanitarios unificados de acceso universal se presentan frecuentemente en el modelo socializado, como el de Canadá y el de los países escandinavos. En estos planes, todos los ciudadanos están cubiertos por el sistema nacional sin referencia a la edad, el sexo, el estatus social, la condición médica o el empleo. La justificación de este sistema es que sólo el gobierno puede proporcionar cobertura universal y aumentar los gastos en atención sanitaria en concordancia con el Producto Nacional Bruto. Entre los rasgos contrvertidos de esta estrategia está el hecho de que elimina o reduce al mínimo los aspectos competitivos del sistema de financiación. Muchos han puesto en tela de juicio la credibilidad de un plan unificado, porque ninguna nación industrializada que lo haya adoptado ha sido capaz de crear incentivos para reducir el gasto, manteniendo al mismo tiempo una organización y un reparto de asistencia eficientes(4).

Para Jeremiah Hurley, resulta evidente la supremacía de este tipo de sistemas unificados o únicos, pues el financiamiento público del sistema sanitario no sólo es necesario para generar las suficientes justificaciones éticas sobre distribución y acceso sino que, además, es el mejor sistema de financiamiento que existe, superior al de los seguros privados y a las alternativas mixtas de financiamiento público. Esto se debe a que los sistemas privados de seguros sanitarios adjudican bienes y servicios de acuerdo con las posibilidades de pago de las personas, de modo que los miembros de escasos recursos de la sociedad no logran acceder a ellos, quedando (como ocurre en los Estados Unidos) sin seguro alguno(5).

¿Debe permitirse la existencia de sistemas privados paralelos al sistema público? Hurley considera que hay fuertes razones para prohibir los sistemas priva-

1 Este es, en parte, el sistema utilizado en Chile, en el que todo trabajador debe asignar el 7% de su sueldo para financiar un seguro de salud cuyos niveles de cobertura mínimos y monto de la prima –desde la reforma del AUGE– están determinados por ley.

dos paralelos, como lo hace Canadá², pues los niveles suplementarios podrían minar tanto económica como políticamente el nivel sanitario básico. Ello debido a que haría que los mejores proveedores se fueran al sistema privado, aumentando el costo de los bienes sanitarios básicos y reduciendo la posibilidad de la sociedad de cumplir con su obligación. De este modo, se socavaría la fuerza política necesaria para mantener un cuidado sanitario decente para todos(6).

Los sistemas sanitarios pluralistas, por su parte, permiten una serie variada de planes de salud, tanto lucrativos como no lucrativos, privados y públicos. Hurley identifica tres modelos de financiamiento de los sistemas sanitarios pluralistas: uno financiado totalmente por aseguradores privados y el pago directo de las prestaciones por parte de los pacientes; otro de subsidios públicos para comprar seguros en el mercado y/o seguros públicos (estatales) para ciertos grupos sociales, como ocurre en Estados Unidos³, y un seguro único, universal y gratuito, públicamente financiado, junto con un sistema de seguros privado y paralelo que ofrece la misma cobertura sanitaria que

el sistema público, como en el caso del Reino Unido⁴ y España(5).

Sistemas sanitarios progresivos y sistemas sanitarios regresivos

Como se ha señalado, la equidad parece ser uno de los objetivos más importantes en el campo del cuidado sanitario, por lo que muchos estudiosos han investigado qué tan exitosos han sido los sistemas sanitarios de sus propios países en alcanzar esta meta. En esta línea, los sistemas sanitarios pueden clasificarse (por su relación entre la capacidad de pago y el monto de los pagos por servicio) en “progresivos”, “proporcionales” o “regresivos”.

Un sistema sanitario financiero es progresivo si la proporción de los recursos pagados para la asistencia sanitaria crece en la medida en que crecen los recursos de sus beneficiarios. Un sistema financiero es proporcional, en cambio, si la proporción de recursos pagados para recibir cuidado sanitario es la misma para todos los que pertenecen al mismo nivel. Finalmente, un sistema es regresivo si la proporción de recursos pagados cae en la medida en que los recursos se incrementan(7).

El estudio realizado por Wagstaff, Van Doorslaer y Paci concluye que Estados Unidos y los Países Bajos tienen sistemas sanitarios con un financiamiento que tiende a ser regresivo. En el caso estadounidense se comprobó que, como el sistema se financia mayoritariamente por medio de pagos en efectivo y primas de seguros privados, quienes tienen más recursos pagan menos por la salud que quienes tienen menos. En los Países Bajos la combinación de las contribuciones al fondo de salud y las primas de los seguros privados resultaron ser significativamente regresivos. En cambio, Canadá

2 El sistema sanitario unificado canadiense se consolidó en 1984 con la aprobación de la “Ley de Salud de Canadá”, en respuesta a las inquietudes de los usuarios sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria. El propósito de la ley fue garantizar el acceso prepago a la asistencia sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá. El sector privado está excluido por ley como entidad pagadora de la mayor parte de la asistencia sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2000). Con todo, es posible que la situación de los proveedores privados de cuidado sanitario en Canadá cambie en el futuro a consecuencia de la sentencia de la Corte Suprema canadiense que declaró inconstitucional la prohibición de obtener cuidado sanitario privado en la provincia de Québec (Chaoulli vs. Québec -Attorney General-, 2005, SCC 35).

3 Para Norman Daniels, aunque en prácticamente todas las sociedades democráticas industrializadas el cuidado sanitario es considerado un derecho donde las instituciones lo aseguran a todos por igual, independientemente de la capacidad de pago, los Estados Unidos son la más notable excepción, pues las personas pobres o cercanas a la pobreza (aproximadamente 40 millones de personas) no poseen un seguro que les permita acceder a cuidado sanitario alguno, salvo en caso de emergencias. En un país con un Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita* de US\$ 36.016, en el cual se destina un 14,6 % del PIB anualmente en atención sanitaria (que equivale a un gasto sanitario por habitante de US\$ 5.274), los pobremente asegurados y quienes no tienen seguro no pueden contar frecuentemente con una asistencia sanitaria. El seguro inadecuado afecta a personas que están sin seguro, que no son asegurables, que están infra-aseguradas o que sólo están aseguradas ocasionalmente (Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Bio-médica*. Barcelona: Masson S.A.; 1999).

4 El Servicio Nacional de Salud británico (*British National Health Service, NHS*) fue fundado sobre la base de tres principios: la universalidad, la completitud y el acceso gratuito. Debía proporcionar cuidado sanitario a todas las personas, independiente de su edad, clase, sexo, religión o posición geográfica; además, el cuidado debía ser completo y no, por ejemplo, asegurarse únicamente un paquete básico de atención. No podía cobrarse a los pacientes por los tratamientos entregados. Con el tiempo, sin embargo, los principios de acceso gratuito y completitud han debido ser limitados para racionalizar el gasto. Hoy el PIB *per cápita* del Reino Unido es de US\$ 27.929 y el gasto sanitario total como porcentaje del PIB es del 7,7% (lo que supone un gasto por habitante de US\$ 2.160), según el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*. Esto demuestra que se trata de un sistema que ha logrado, no sin dificultades, combinar las metas de eficiencia y equidad de forma acertada.

y Gran Bretaña tienen sistemas altamente progresivos pues, en ambos casos, el cuidado sanitario se financia casi exclusivamente (cerca del 90%, en el caso inglés y del 70% en el canadiense) mediante impuestos generales(7).

William C. Hsiao y Yuanli Liu se refieren al problema de la equidad en el financiamiento atendiendo al “principio del beneficio” –que requiere que el pago se relacione directamente con el beneficio recibido– y al “principio de la capacidad de pago” –que requiere que los pagos se relacionen con las posibilidades de pago de cada cual. Un sistema proporcional es aquel en el cual los pagos dan razón de la misma proporción de ingreso para personas con rentas similares(3). Para ser equitativo, entonces, ¿qué nivel de progresividad debiera poseer un sistema sanitario?

Usando el índice de progresividad de Kakwani puede concluirse que, mientras los impuestos generales para financiar los sistemas sanitarios son un medio típicamente progresivo, los seguros sociales son levemente regresivos. Los sistemas de seguros privados, finalmente, son los más regresivos pues, a diferencia de los sistemas de seguros sociales, la contribución no se mide en relación con los recursos disponibles de cada persona. Las primas de los seguros privados, además, se determinan conforme a los índices de riesgo y las personas financieramente más pobres suelen ser más enfermizas, por lo que sus primas tienden a estar negativamente relacionadas con sus ingresos.

La conclusión es que los sistemas sanitarios financiados con impuestos generales, como el irlandés y el del Reino Unido, tienden a ser progresivos; en cambio, los sistemas francés y español son medianamente regresivos. Finalmente, los sistemas estadounidense y suizo serían abiertamente regresivos(3).

¿Dentro de qué sistema sanitario –unificado, pluralista, progresivo, proporcional o regresivo– podríamos clasificar al sistema chileno?

Chile: una reforma necesaria del modelo de sistema sanitario

La reforma sanitaria recientemente emprendida en Chile se debe a las transformaciones implementadas a principio de los años ochenta con el objetivo de modificar profundamente la estructura y funcionamiento de Estado. En el ámbito sanitario, junto con iniciarse

el proceso de municipalización de la atención privada, se crearon dos subsistemas sanitarios: uno público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA), y otro privado, formado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Este modelo, si bien logró la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, formó un sistema que tiende a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencia de gestión(8).

Una de las principales características del sistema sanitario chileno, que se mantiene hasta hoy, radica en que las cotizaciones de salud obligatorias (un 7% de las remuneraciones) pueden dirigirse alternativamente hacia estos dos subsistemas de salud –FONASA o ISAPRES–, que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Entre los beneficiarios del sistema público se incluye a las personas clasificadas como pobres o indigentes que no tienen capacidad de contribución (a quienes FONASA subsidia) y a los afiliados cotizantes con sus cargas. Por su parte, los cotizantes del subsector ISAPRES quedan cubiertos por planes de salud que varían conforme el grado de cobertura y el tipo de beneficios para el afiliado individual o para él y su grupo familiar.

Los niveles de contribución presentan marcadas diferencias entre el sector público y privado. En 1989 la cotización promedio de las ISAPRES era siete veces mayor que la del FONASA. En 1999 esta diferencia era de cuatro veces. Si se analiza la distribución de la población entre el sector público y el privado según ingresos y edad, se aprecia que en los cuatro primeros quintiles de distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliadas al sistema público (la salud pública tiene casi 12 millones de afiliados, pero 3,8 millones de personas no cotizan por su condición de indigencia y reciben atención y beneficios subsidiados por el Estado y el resto de los cotizantes). Sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población, con alrededor de 2,7 millones de afiliados) se aprecia una mayor participación en el sistema de ISAPRES.

Cuando se observa la distribución por edades se descubre que, a medida que se avanza en los tramos de edad, las personas tienden a concentrarse mayoritariamente en el sistema público. Aun en el segmento del 20% más rico de la población, a partir de los 50 años, la mayoría de los afiliados se trasladan a FONASA debido a que, según la lógica del seguro, en la medida en que

las personas mayores de edad reflejan más riesgos médicos, las compañías de seguros o ISAPRES tenderán a discriminarlos, ya sea mediante precios o reduciendo sus niveles de cobertura.

De ese modo, FONASA tiende a concentrar a las personas de menores ingresos y mayores riesgos médicos mientras que las ISAPRES atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos (salvo cuando se trata de mayores de 50 años). Esta segmentación de la población ha producido tales niveles de desigualdad en el sistema que la reforma a la salud resultaba urgente⁽⁹⁾. Si consideramos que una de las mayores funciones de los sistemas de financiamiento sanitario es la protección financiera, y que el objetivo es resguardar al grupo familiar de la ruina económica a consecuencia de una enfermedad grave, la importancia de la reforma AUGE parece evidente. Si bien en el último tiempo se ha producido un claro mejoramiento en los indicadores sanitarios, gracias a que durante la década de los noventa se incrementó de manera notable el presupuesto sanitario, en los últimos 15 años la salud sigue apareciendo sistemáticamente como una de las principales preocupaciones de la ciudadanía.

Uno de los fundamentos directos de la reforma fue la pésima ubicación de este rubro en los *ranking* de desarrollo humano. En relación con la equidad de su sistema sanitario, Chile figuraba con una de las peores evaluaciones del mundo. Dicha valoración tomaba en consideración tanto la carga financiera que representa la salud para las familias, como la desigualdad en la calidad y oportunidad de respuesta que ofrece el sistema. Un conjunto de variables (dignidad del trato brindado a los pacientes, respeto a la persona, rapidez en hacerse cargo de la persona, calidad del entorno, acceso a los recursos de ayuda social durante el período de tratamiento y elección por parte del individuo del prestador de atención en salud) situaba a Chile por debajo de más de 100 países del mundo. Respecto de la distribución de la carga financiera en salud, el país resultó ubicado en el lugar 168 entre 191 países considerados en el Informe de la Salud en el Mundo para el año 2000 elaborado por la OMS.

Era claro además que las ISAPRES realizaban discriminaciones injustas por razones de sexo y edad, pues las mujeres en edad fértil y los ancianos resultan más caros para el sistema. Por ejemplo, se estimó que el costo de contratación en el sistema previsional privado para las mujeres fértiles era dos a tres veces más

caro que el de los hombres que optaban por el mismo plan. A la concentración de los mayores riesgos en el sistema público hay que sumar que, al momento de la reforma, Chile era uno de los países de América que menos gastaba en salud (sólo US\$ 331 *per cápita*), lo que, comparado con países como España, con un gasto *per cápita* de US\$ 1.200, explicaba algunas de las dificultades y falencias recién mencionadas⁵. Además, como país en vías de desarrollo, que mantiene grandes desigualdades sociales, Chile es prueba fehaciente de la relación entre los resultados sanitarios de un país y el estatus socioeconómico de sus habitantes⁽⁹⁾.

La reforma se inició con la nueva Ley de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) N° 19.966, promulgada el 25 de agosto de 2004. Su Régimen de Garantías en Salud asegura que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, pueda contar con un mecanismo de protección social que le permita acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad. En lo fundamental, la nueva ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones de salud en términos de acceso, calidad, oportunidad y costo. De este modo, se establece un estándar mínimo en la atención de salud para las enfermedades AUGE, que incluye desde un tiempo máximo para recibir dicha atención hasta un desembolso financiero acotado para los pacientes.

Para resguardar este derecho, la ley obliga a FONASA y a las ISAPRES, entre otras disposiciones, a ofrecer a todos sus beneficiarios un plan de salud construido sobre la base de ciertas prioridades sanitarias con garantías explícitas en cuatro ámbitos: a) garantía de acceso, que asegura que todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia; b) garantía de oportunidad, que dispone un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico; c) garantía de calidad, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y construidos a partir de pruebas de evidencia médica, y d) garantía

5 Chile cuenta con un PIB *per cápita* de US\$ 11.086 y un gasto sanitario total de 5.8 % del PIB (que equivale a un gasto sanitario por habitante de US\$ 642). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán*, Organización Mundial de la Salud.

de cobertura financiera, que garantiza que el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema AUGE y sus 56 patologías iniciales⁶. Además, se compromete financiamiento fiscal para la atención de salud de los carentes de ingresos o indigentes, y se establece la obligatoriedad de cotizar a los trabajadores independientes.

Finalmente, en materia de discriminación contra la mujer, el AUGE permitió terminar con la comercialización de planes sin cobertura de parto por los seguros privados. Dichos planes –conocidos como planes “sin útero”– llegaron a afectar al 10% de las beneficiarias de ISAPRES. La reforma obligó a las compañías de seguros privados a distribuir los diferenciales de riesgo asociados a sus respectivas carteras de cotizantes, permitiendo la solidaridad al interior del sistema entre mujeres y hombres.

Pese a que el Plan AUGE significa un mejoramiento respecto de la situación anterior, es posible mencionar al menos dos problemas mayores: primero, la garantía explícita de atención a precios fijos y bajos ha significado un aumento en demanda de atención que ha generado, a su vez, un déficit presupuestario difícil de manejar y que, si duda, irá creciendo. Los primeros indicadores conocidos de la reforma muestran que la demanda originada por algunas enfermedades ha superado varias veces las previsiones antes de comenzar su aplicación. Por otra parte, la elección que las autoridades hicieran de las enfermedades cubiertas por el AUGE deja sin atención a quienes presentasen dolencias no cubiertas(10).

Oyarzo y Vergara ejemplifican el problema de las enfermedades excluidas del plan con el caso de los

6 Las 56 patologías que el AUGE considera prioridades sanitarias son los problemas de salud que causan en Chile más muertes y discapacidades –las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte, con un 27,1% del total de defunciones; el cáncer, con un 22% de las defunciones; la hipertensión arterial y la diabetes, principal causa de amputaciones y ceguera por razones no traumáticas, entre otras– o las enfermedades que, sin causar la muerte, son las más costosas de atender –el SIDA y la esquizofrenia, por ejemplo. Otro aspecto importante es que son problemas de salud que, si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de recuperación. Estas enfermedades, prestaciones y garantías se establecen por Decreto Supremo y serán revisadas obligatoriamente cada tres años. Su cobertura, con todo, será paulatina y se completaría este año 2007. Las enfermedades no incluidas en el AUGE seguirán siendo atendidas igual que en la actualidad, pues la reforma, que parte garantizando la atención de los principales problemas de salud, tiene el objetivo de ir ampliando las garantías de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, progresivamente.

trasplantes de pulmón: quienes lo requieren no tienen garantía de atención y sólo pueden ser tratados si pagan por ese servicio. Por otra parte, trasplantes que sí están en el AUGE, como los renales y hepáticos, tienen una demanda mayor que la cantidad de donantes, lo que hace imposible cumplir la garantía explícita. Además, quienes sí donen sus riñones e hígados también podrían donar sus pulmones, pero éstos no podrían ser utilizados por pacientes del sistema estatal, y sólo podrían ser aprovechados por pacientes de clínicas privadas(10).

Se pueden destacar también falencias en la implementación de mejoras en los servicios de atención primaria o “consultorios” (pretendían descomprimir los colapsados servicios de urgencia hospitalarios, que funcionan en la actualidad como puerta de entrada al sistema de salud público) debido a la carencia de médicos e insumos. Estos y otros problemas asociados a la implementación y limitaciones de la reforma AUGE no son sólo de medicina o de gestión, sino que suponen también dilemas éticos asociados a la necesidad de racionalizar recursos dentro de ciertos mínimos de equidad.

Conclusión

Al inicio de este artículo se planteó la pregunta: ¿qué tipo de sistema asegura la distribución más equitativa de cuidado sanitario? El principal propósito de la instauración de un sistema de provisión equitativa de cuidados médicos es garantizar a toda la población ciertas capacidades básicas o, en palabras de Rawls, satisfacer las necesidades y las exigencias de los ciudadanos libres e iguales. Dicha asistencia está comprendida entre los medios generales necesarios para asegurar la equitativa igualdad de oportunidades y la capacidad individual de sacar provecho de nuestros derechos y libertades básicas. Para este filósofo, la fuerza de las exigencias de asistencia médica está ligada al mantenimiento de nuestra capacidad para ser miembro normal y cooperante de la sociedad y al restablecimiento de esa capacidad cuando cae por debajo del mínimo requerido(11).

En el contexto latinoamericano, Chile se ha destacado por el camino iniciado en la transformación de un sistema sanitario de tipo regresivo a uno con tendencias más igualitarias. El sistema en vías de reforma, si bien había logrado la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, tendía a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencias en materia de acceso a un cuidado sanitario mínimo. La reforma del AUGE ha supuesto un enorme avance en

la meta de disminuir la discriminación y la desigualdad en el sistema de salud chileno, pero aún le quedan importantes problemas por resolver.

Antes y después de la reforma, el sistema sanitario en Chile se caracteriza por ser un sistema que, desde el punto de vista de su financiamiento, mezcla el esquema del “seguro social con subsidio público” (pues todo trabajador debe asignar el 7% de su sueldo para financiar un seguro de salud cuyos niveles de cobertura mínimos están determinados por ley, y en el cual, además, se subsidia a los pobres e indigentes) y el de “seguros privados” (que funciona bajo la lógica del mercado y determina las primas por las características de riesgo individuales). Ambos sistemas se complementan, a su vez, por el modelo de “pago por servicio”, que se aplica tanto en el sistema privado como en el público.

Desde el punto de vista de la cantidad de actores que pueden participar en la provisión de cuidado sanitario, vimos que era posible clasificar los sistemas en “unificados” y “pluralistas”. La diferencia entre ambos se relaciona con el énfasis en los criterios de equidad y eficiencia. Si bien para algunos la primacía del sistema unificado está en evitar la clásica relación inversa entre estatus socioeconómico y estatus sanitario, lo cierto es que hoy prácticamente todos los países del mundo –y Chile no es la excepción– mantienen sistemas sanitarios pluralistas que combinan la actuación del sistema público con el privado. De ese modo se permite controlar

el gasto, mejorar la gestión y competencia del sistema y garantizar, en mayor o menor medida, un acceso equitativo al cuidado sanitario.

Desde el punto de vista de la equidad, Chile parece desplazarse desde un sistema sanitario de carácter regresivo –en el que la proporción de recursos pagados cae en la medida en que los recursos se incrementan, es decir, quienes tienen más recursos pagan menos por la salud que aquellos que tienen menos– a un sistema proporcional –en el que la proporción de recursos pagados para recibir cuidado sanitario es la misma para todos los que pertenecen al mismo nivel socioeconómico.

En la actualidad, el modelo chileno posee consecuencias financieras fuertemente regresivas, pues las diferencias de atención entre quienes poseen y no poseen recursos todavía son enormes. Los problemas de equidad que esto supone requerirán ampliar la reforma hasta el establecimiento de un “Fondo Solidario de Salud” que permita traspasar recursos del sistema privado al sistema público, logrando un efecto similar al de los sistemas sanitarios públicos universales y gratuitos, como el canadiense o el inglés. Ambos, como se señaló, tienen un efecto progresivo, pues la proporción de los recursos pagados para la asistencia sanitaria crece en la medida en que crecen los recursos de sus beneficiarios, de modo que los pagos se relacionan con las posibilidades económicas de cada cual, alcanzándose las metas propuestas de equidad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos un futuro*. Nueva York: OMS; 2003.
2. Zubiri Oria I. La equidad y la intervención pública en los mercados de salud. En: Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social (eds). *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social; 1994.
3. Hsiao WC, Liu Y. Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity. En: Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth (eds.) *Challenging Inequities in Health, Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson S.A.; 1999.
5. Hurley J. Ethics, Economics, and Public Financing of Health Care. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 234-239.
6. Daniels N. Justice, Health, and Health Care. En: Rhodes, Battin y Silvers (eds). *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
7. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* 1989; 5(1): 89-112.
8. Titelman D. Reforma al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL 2000; LC/L.1425-P: 104.
9. Vega J, Hollstein R, Delgado I, et al. Chile: Socioeconomic differentials and mortality in a middle income nation.

En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, et al (eds). *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001: 133-147.

10. Oyarzo C, Vergara M. *Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente*. (Sitio en Internet) Disponible en: www.expansiva.cl Último acceso en marzo de 2007.
11. Rawls J. *La Justicia como equidad, una reformulación*. Barcelona: Paidós; 2002.

Recibido: 28 de marzo de 2007.

Aceptado: 26 de abril de 2007.

EL POSICIONAMIENTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD MÉDICA ESPECIALIZADA EN ESTUDIOS GENÉTICOS

Delia Outomuro, Lorena Mariel Mirabile y Natalia Cosmai*

Resumen: Este ensayo forma parte del proyecto de investigación “La representación social de la investigación genética entre la comunidad científica y la población urbana de Buenos Aires. Su influencia en el diálogo bioético”, enmarcado en la Programación Científica 2004-2008 de la Universidad de Buenos Aires, que tiene como objetivo indagar sobre la construcción del imaginario social en relación con los avances científico-tecnológicos en torno a la genética –considerando la selección de los medios de comunicación que transmiten la información a la población general y a la comunidad médica– y analizar cómo esa construcción determina políticas sociales de salud y otras.

Palabras clave: medios de comunicación, investigación, genética, población médica, imaginario social, prejuicio

MEDIA POSITIONING OF SPECIALIZED MEDICAL COMMUNITY IN GENETIC STUDIES

Abstract: This paper forms part of the research project: “Social representation of genetic research among the scientific community and the urban population in Buenos Aires. Its influence in the bioethics dialogue,” framed in the scientific program of the University of Buenos Aires for 2004-2008. Its objective is to inquire about the social imagery construct connected to technological and scientific achievements in genetics –considering the selection done by the media when informing the general population and the medical community- and to analyze how this construct determines health care social policies and other policies as well.

Key words: media, research, genetics, medical community, social imagery, prejudice

O POSICIONAMENTO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE MÉDICA ESPECIALIZADA NOS ESTUDOS GENÉTICOS

Resumo: Este artigo é parte de o projeto de pesquisa “ A representação social da pesquisa genética entre a comunidade científica e a população urbana de Buenos Aires. Sua influência no diálogo bioético”, situado na Programação Científica 2004-2008 da Universidade de Buenos Aires. Esta projeto tem como objetivo indagar sobre a construção do imaginário social na relação com os avanços científico-tencológicos em torno da genética, considerando a seleção dos meios de comunicação que transmitem a informação à população geral e a comunidade médica, bem como analisar como esta construção determina políticas sociais de saúde e outras.

Palavras-chave: meios de comunicação, pesquisa genética, população médica, imaginário social, preconceito

* Unidad Académica de Bioética. Departamento de Humanidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: doutomuro@fmed.uba.ar

Introducción¹

“Clonación”, “terapia génica”, “diagnóstico genético”, “proyecto genoma humano”, “farmacogenética”, y la lista podría continuar. Estos tópicos inundan las páginas de diarios y revistas y son presentados en programas “científico” por radio y televisión. Pero, ¿qué información transmiten los medios? ¿Cómo se transmite? ¿Cuán fiable es? ¿Qué intereses están en juego? Indagar sobre estas y otras cuestiones similares no es tarea ociosa, en la medida en que se reconoce la influencia de los medios sobre la ciudadanía, la que, a su vez, tiene la responsabilidad de legitimar o no las prácticas mencionadas.

La valoración de los medios de comunicación como formadores de opinión pública y fuentes de información no neutral ha sido tema de intensa reflexión en las últimas décadas. La elaboración del informe *Mc Bride* (UNESCO) expuso el Nuevo Orden Mundial en Información y Comunicaciones (NOMIC) y denunció el flujo desequilibrado cualicuantitativo de la información circulante en el mundo, en función de los intereses de los países centrales que monopolizan y mercantilizan la comunicación(1,2). Los trabajos en este campo desplazaron el eje inicial de análisis desde la instancia de recepción y el estudio de la estructura del mensaje hacia las de emisión de los discursos absorbidos por la comunidad(3).

El NOMIC puso de manifiesto el colonialismo informativo o comunicacional y evidenció que el libre flujo de información no debía equipararse con flujo libre y equilibrado(2,4). Asimismo, rejerarquizó la concepción de la comunicación como servicio público, diferenciándolo del servicio de interés público, y redimensionó la información como bien social en vez de considerarla como mercancía pasible de ser afectada por las leyes del mercado(5).

Nació así, en la década de los 70, sobre el escenario creado por la elaboración del Informe *Mc Bride*, la

llamada “sociopolítica de la comunicación”(3). Bajo este panorama, los medios de comunicación masiva se consideran vehículos de expresión simbólica y cultural de las clases dominantes. Ellas mediatizan bajo esta forma los valores inherentes a la industrialización y a la tercera fase del capitalismo, conocida como “fase transnacional”(6-8). Desde esta óptica, los medios se consideran como una de las variables más importantes y con más influencia sobre la opinión pública. Son las voces más reconocidas en la polifonía discursiva(9,10).

En América Latina la “democracia comunicacional” es vista como una técnica o un método en lugar de ser el objetivo; lo que se quiere destacar con esta frase es que en la sociedad neoliberal e informacional se han conformado dos sectores de la población: uno con acceso a la información y que puede elegir cómo, cuándo y cuánto desea adquirir de la oferta expuesta, y otro inserto también en una sociedad de consumo, pero que carece de información y, por tanto, sus elecciones son dirigidas por el mercado, emergiendo de allí la fortaleza de los monopolios. En los países periféricos se generan los multimedios privados, nacionales e internacionales, que monopolizan la información en pocas manos hegemónico-dominantes. Estos conglomerados multimediáticos concentran y manejan la información en una selecta minoría(11-15).

Son múltiples los factores que intervienen en la conformación de la opinión pública en torno al tema de la genética, pero los medios de comunicación constituyen una variable relevante y fundamental. Son ellos los que ponen la información al alcance de la comunidad no especializada y, como venimos diciendo, lo que se comunica está fuertemente cargado de intereses partidarios.

En este trabajo partimos del supuesto de que la comunidad de médicos genetistas conoce “la verdad” sobre estos temas. Como se verá, esa verdad es entendida como correspondencia entre lenguaje y realidad; es una verdad como *aletheia* (develada por desocultamiento) y es la comunidad médica (o científica) quien tiene el poder y el deber de descubrirla. Esa “verdad” constituye la regla y el punto de referencia con el que los médicos valoran la información (el qué y el cómo) transmitida por los medios. Dentro de este marco teórico, indagamos qué piensan los médicos genetistas acerca del manejo de la información sobre genética en los medios masivos de comunicación.

1 Este trabajo se realizó en el marco de la programación científica 2004-2008 de la Universidad de Buenos Aires, Proyecto UBACYT M088 “La representación social de la investigación genética entre la comunidad científica y la población urbana de Buenos Aires. Su influencia en el diálogo bioético”, vinculado con el proyecto #de-FG02-02ER63435 US. *Department of Energy* “Representation of genomics research among Latin American laymen and bioethicists. A inquiry into the migration of knowledge and its impact on underdeveloped communities”, llevado a cabo en el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, bajo la dirección de Fernando Lolas Stepke.

Diseño de investigación, materiales e instrumentos. Población y muestra

Tomando en consideración la naturaleza psicosocial de lo analizado, se decidió la utilización de un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo. Dentro del primero, se optó por la encuesta con prevalencia de preguntas abiertas (asociación de palabras, frases incompletas, diferencial semántico, etc.), pero, debido a que los resultados esperados no son objetivamente mensurables y no pueden sintetizarse en forma numérica, se utilizó especialmente el enfoque cualitativo en el análisis e interpretación de los datos. Dentro del segundo enfoque, se eligió como técnica de recolección de datos la de entrevistas semiestructuradas. Si bien se utiliza una guía de preguntas, su principal objetivo es dejar al entrevistado la posibilidad de expresarse libremente y no estructurar su discurso.

La utilización de estas entrevistas permitió acceder, mediante preguntas abiertas, a la construcción social del imaginario de la comunidad de investigadores médicos relacionados con lo genético, y conocer cómo esta comunidad se autopercebe frente al entorno contingente. Además, reveló índices de hostilidad o afectividad frente a su propia reacción. Finalmente, esta técnica informó acerca de la presencia o ausencia de reflexión sobre el conglomerado mediático, y/o de prejuicios relacionados con los canales de información y su función o funcionalidad social.

Es destacable la utilización del sistema de calificación “diferencial semántico” (*semantic differential*) o escala bipolar de conceptos antagónicos en duplas (blanco-negro, bueno-malo, metal-madera, cálido-frío, duro-blando, etc.), utilizado en éste y otros trabajos de investigación. Este método de visualización, desarrollado por Charles E. Osgood a fines de los 50, cumple el objetivo de representar gráficamente las diferentes connotaciones asociadas con una palabra en diferentes individuos.

La selección de las unidades observacionales se realizó de manera no probabilística, por voluntad del investigador. Se tomó como muestra de la población general de médicos investigadores de temas genéticos a un conjunto de 18 personas (7 hombres y 11 mujeres) de entre 30 y 60 años. Los entrevistados fueron informados sobre los alcances de la investigación, el anonimato de los informes y el resguardo de la confidencialidad, y consintieron participar en el proyecto.

Es importante destacar que las técnicas cualitativas de recolección de datos son más fructíferas que las cuantitativas cuando de posicionamientos se trata. “Posicionar” significa ubicar contextualmente, pre-juzgar estableciendo jerarquías, órdenes y prioridades mentales. La naturaleza de lo que se busca conocer responde a un cuestionamiento más cualitativo que cuantitativo. Por eso los resultados del primer análisis pueden variar cuando se indaga más profundamente mediante una técnica cualitativa, como es la entrevista en profundidad. La repregunta, la indagación tangencial, la libre asociación de palabras, entre otras formas de operacionalización, revelan mejor ese “prejuicio” que la calculada respuesta estandarizada de un cuestionario predeterminado.

Resultados

Las tablas que se presentan a continuación responden a resultados del enfoque cuantitativo. La evaluación cualitativa se informa en la discusión, en la que se transcriben textualmente aquellas apreciaciones que se consideraron relevantes.

Si bien en una primera aproximación pareciera que los resultados numéricos no tienen relación con la valoración cualitativa plasmada en la discusión, los datos del enfoque cuantitativo se completan con el análisis cualitativo. Muchas veces el plano de lo mensurable sólo permite una visualización del tema; lo cualitativo funciona mejor en la focalización y en la profundidad de análisis. Esto proporciona la ventaja de explotar temas no contemplados inicialmente y ahondar en algunos de los contemplados superficialmente.

La tabla 1 presenta la autoevaluación de los médicos genetistas con relación a su conocimiento sobre: proyecto genoma humano, aplicaciones de dicho proyecto en medicina, etiología genética de las enfermedades, pruebas de diagnóstico genético, clonación y medicina en general.

A grandes rasgos podemos concluir que las mujeres son más cautelosas al hablar sobre “su conocimiento médico”. Si bien “bastante” fue la respuesta más elegida, la opción “regular” está presente en todos los ítems evaluados. Los hombres se refieren a sí mismos como conocedores del tema, como más instruidos e ilustrados.

Tabla 1: Autoevaluación de los médicos con respecto a temas genéticos: ¿Cuánto creen saber los médicos genetistas sobre...?

	Proyecto genoma humano		Aplicaciones del proyecto		Enfermedades genéticas		Test o pruebas genéticas		Clonación		Medicina	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Mucho	1	1	1	1	2	1	0	1	0	2	2	2
Bastante	5	3	5	4	5	6	7	5	6	2	5	4
Regular	0	4	1	4	0	4	0	5	1	4	0	5
Poco	1	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Nada	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	7	11	7	11	7	11	7	11	7	11	7	11

La tabla 2 muestra una escala de valores de 1 a 10 donde 1 es el desacuerdo total y 10 es la coincidencia plena. Durante la encuesta se comunicó a los encuestados diversas opiniones vertidas por coetáneos entre las cuales figuraban dos enunciados que se resumían en “los

medios de comunicación están bien informados” y “los diarios, la televisión y la radio no ocultan información”. Los resultados muestran que, en la mayoría de los casos, los médicos y médicas están muy en desacuerdo con las opiniones enunciadas.

Tabla 2: Visión médica del tratamiento de los temas médicos en los medios de comunicación

Escala	Muy en desacuerdo										Totalmente de acuerdo										
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Medios bien informados	1	7	1	0	1	3	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medios no ocultan información	5	7	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Es particularmente paradigmática la actitud de los encuestados frente al enunciado “los medios no ocultan información”. Aquí es importante recalcar los límites del alcance cuantitativo de análisis. En una primera aproximación sería correcto concluir que la comunidad analizada comprende que los medios de comunicación ocultan adrede y con intenciones. Sin embargo, durante las entrevistas en profundidad, surgió la idea de que “ocultar” estaría más relacionado con “no emitir información” –por ejemplo, por cuestiones de *rating*– que como modo racional y sistematizado de moldear mentes en función de los intereses de las clases hegemónicas.

En la tabla 3, el diferencial semántico nos resultó de gran utilidad para indagar el pensamiento del

encuestado. Logramos focalizar y entender el posicionamiento de los diferentes medios de comunicación, estableciendo diferencias de significado/denotación y sentido/connotación. Aquí se buscó acceder al segundo binomio a partir del primero. En los casos de “verdadero-falso” o “bueno-malo” la relación denotación/connotación es obvia; pero en el caso de otros binomios se requiere un esfuerzo extra y una asignación de carga significativa previa a la respuesta del entrevistado por parte del investigador. Es así como “blanco” implica “puro”, “sin intención”, “natural”, “sano”, “honesto” y “metal” connota “limpio”, “vanguardista”, “estático” “futurista”, “serio”, “respetable”, “inenjuiciable”. Los resultados presentados en esta tabla se comentan en la discusión.

Tabla 3: Apreciaciones de la comunidad médica relacionada con la genética sobre los medios de comunicación. ¿Qué significan los diferentes medios?

TELEVISIÓN						
MALO	0	10	6	2	0	BUENO
FRÍO	0	7	7	4	0	CÁLIDO
DURO	0	5	5	6	2	BLANDO
CUADRADO	1	7	5	3	2	REDONDO
FALSO	5	5	7	0	1	VERDADERO
METAL	4	2	7	2	3	MADERA
NEGRO	6	6	6	0	0	BLANCO
DIARIO						
MALO	2	1	2	6	7	BUENO
FRÍO	3	2	6	3	4	CÁLIDO
DURO	1	2	8	5	2	BLANDO
CUADRADO	3	4	6	3	2	REDONDO
FALSO	1	4	12	1	0	VERDADERO
METAL	1	2	11	3	1	MADERA
NEGRO	2	3	11	2	0	BLANCO
RADIO						
MALO	0	3	8	4	3	BUENO
FRÍO	0	1	7	7	3	CÁLIDO
DURO	1	1	10	5	1	BLANDO
CUADRADO	0	4	7	7	0	REDONDO
FALSO	1	4	8	5	0	VERDADERO
METAL	1	3	7	6	1	MADERA
NEGRO	2	0	12	4	0	BLANCO
REVISTA						
MALO	0	3	7	5	3	BUENO
FRÍO	2	3	5	4	4	CÁLIDO
DURO	1	1	6	6	4	BLANDO
CUADRADO	3	3	7	3	2	REDONDO
FALSO	2	4	10	2	0	VERDADERO
METAL	1	2	6	5	4	MADERA
NEGRO	1	1	10	5	1	BLANCO
REVISTA ESPECIALIZADA						
MALO	0	0	5	5	8	BUENO
FRÍO	5	5	6	1	1	CÁLIDO
DURO	6	10	0	2	0	BLANDO
CUADRADO	4	3	6	3	2	REDONDO
FALSO	0	0	6	7	5	VERDADERO
METAL	2	6	10	0	0	MADERA
NEGRO	0	1	9	6	2	BLANCO

Discusión

Podemos adelantar que el posicionamiento –ese prejuicio que se tiene sobre “algo”– de los medios de comunicación masiva entre la comunidad médica argentina

más ligada a la investigación genética es “bipartidario” y existe en torno a dos posiciones claramente marcadas y dicotómicas. Ambas tienden a entender a los medios como fuentes de información, como canales

de comunicación masiva. La diferencia de posturas radica en la forma en que se percibe aquello que es encomendado a los medios (por ejemplo ser objetivos, describir neutralmente, etc.) más que en la conceptualización del término “medio de comunicación”. Es decir, ambas aproximaciones al concepto “medio de comunicación” tienen en común la “descripción” del objeto, pero mientras una se limita a describirlo, la otra además lo juzga.

La primera posición entiende a “los medios de comunicación” como netos canales de información, cualquiera sea éste. Ellos son caracterizados como transmisores de conocimiento, se los enumera y reconoce pero no se reflexiona acerca de su funcionalidad. Tampoco se abre juicio sobre cómo informan o por qué lo hacen. Los representantes de esta posición limitan su entendimiento a la descripción lineal de lo que se conoce como “canal masivo de información”. Los medios se describen como un “instrumento para que la población se informe” o bien “toda forma escrita, visual o audiovisual que se utiliza para la transmisión de información” sin detenerse en la especulación acerca de quién los usa o maneja y con qué fines.

Oscilando hasta la postura contraria, encontramos una mirada un tanto más reflexiva de crítica espontánea. Los medios son percibidos como canales de comunicación que “deberían estar bien informados”, o ser “supervisados” (¿por quién?). “Deberían ser buenos difusores de información certera” o bien son “sistemas masivos de información (...) que suministran datos a la población con ciertas subjetividades y que no son independientes de ideologías partidarias”. Estas citas referidas por los entrevistados demuestran una intención de cálculo y cavilación en torno al tema. Sin embargo, se mantienen en el nivel de crítica o reclamo (deberían ser esto o aquello) sin cuestionar el por qué.

Este posicionamiento contempla la desinformación como característica fundamental de los medios pero no especula acerca de su causa. Deja librado al azar o al mero fin de informar “lo que sea” sin indagar más fuertemente sobre esta temática que conlleva el hecho de estar desinformados. “Desinformados” implica, desde esta postura, “carentes de conocimiento” y no “ocultamiento por conveniencia”. Los medios no saben, “no están bien informados”, pero no ocultan adrede. En muy pocos casos se detectan pensamientos como “no son independientes de ideologías partidarias”.

Es importante destacar la existencia de reflexión sobre los medios de comunicación masiva en este segundo posicionamiento de la población estudiada, si bien esto no sucede espontáneamente en la mayoría de los casos. Los medios son reconocidos, enumerados y comprendidos como “formas de interrelación comunitaria que inciden en la formación de una opinión”. Son susceptibles de juicio ético a la vez que descriptivo. No son banalizados ni desmerecidos. Se les reconoce la capacidad de generar opinión y “crear expectativas”. Si bien no hay credibilidad en los medios de comunicación, se les considera interlocutores válidos, ya que desmerecer algo implica tenerlo en cuenta.

En síntesis, lo que no se reconoce es la “sociopolítica de la comunicación”. Como se indicó en la introducción, la forma en que se construye conocimiento y cómo éste se vuelve significativo para la sociedad en su conjunto está fuertemente relacionada con la condición de periferia o de centro que tienen los países del mundo. Las relaciones de los países entre sí dependen de su condición productiva y de su capacidad resolutive. Hoy, la capacidad de producción —no sólo de productos manufactureros sino también de conocimiento científico y tecnológico— descansa en los países de Europa occidental, América septentrional y Asia. Esta capacidad les ha otorgado el título de países desarrollados y con ello adquieren el derecho a generar políticas de acción y de reflexión, decisiones económicas y éticas. Por su parte, los países subdesarrollados asumen el papel de consumidores pasivos. No obstante, si bien ellos no pueden reproducir los aspectos técnicos de la investigación genética producida en los países centrales, es menester que, debido al proceso de globalización, se preocupen por su influencia.

Por otro lado, se reconoce la existencia de una “verdad científica” que merece ser develada o descubierta por la comunidad médica (o científica). Esta verdad no es entonces construida sino des-ocultada. Mucho menos se la comprende como histórica o conveniente. No hay indicios de un pensamiento que reflexione acerca de la “real existencia” de la verdad o de su comprensión por parte del género humano. Es *aletheia* y será descubierta. Este pensamiento está en consonancia con una filosofía positivista, fuertemente arraigada en la comunidad científica en general y entre los médicos en particular(16).

El positivismo comulga con el realismo al afirmar que el mundo exterior existe independientemente del sujeto y

puede llegar a conocerse tal como es(17). Los médicos entrevistados defienden implícitamente un realismo metafísico que conlleva la aceptación de tres tesis: independencia y totalidad fija de la realidad y verdad como correspondencia. En otras palabras: los objetos del mundo existen independientemente de nuestro conocimiento –mente, lenguaje, esquemas conceptuales o representaciones– y constituyen una totalidad fija; por lo tanto, hay una única descripción verdadera y completa del mundo, cuya verdad consiste en la correspondencia entre las palabras y los objetos(18).

Los médicos entrevistados consideran que el conocimiento se adquiere de un modo contemplativo y no activamente como corresponde a su condición de producto social. El conocimiento es una mera copia o reflejo de la realidad, no se construye a partir de conocimientos previos y de recursos culturales preexistentes. Su aceptación y mantenimiento tiene que ver sólo con la cuestión de cómo ese conocimiento se relaciona con la realidad. No se percibe su relación con los intereses y fines a alcanzar por una comunidad determinada(19). Por lo tanto, la no visualización del conocimiento como un hecho social desecha la posibilidad de adoptar una concepción pragmática de la verdad, según la cual el conocimiento verdadero es aquello que los actores sociales toman como tal y, por tanto, la verdad queda determinada por las metas y los intereses de cada comunidad histórica y culturalmente situada(20).

Si tomamos en consideración que, en la mayoría de los casos, los investigadores se reconocen como instruidos y competentes en temas de genética, es de suponer que ellos deberían ser utilizados por los medios como “reales” y “certeras” fuentes de información.

Los medios tampoco son percibidos como empresas con fines de lucro. No hay conciencia del conglomerado mediático ni rastros de un pensamiento crítico al respecto. La radio, la televisión, el diario y la revista son entes que corren por cuerdas separadas y, por ello, se les asigna un sentido distinto. Esta significación diferencial se manifiesta más claramente cuando se los compara con medios especializados, como las revistas científicas.

Como era de esperar, estas últimas poseen un estatus ontológico disímil respecto del resto de los medios. Mientras éstos estimulan la opinión, el juicio y el dictamen; aquéllas generan respeto. Los medios “tradicionales” originan sentimientos; las revistas científicas

predisponen el pensamiento. El sentido generado por estas últimas las identifica y discrimina del resto: no son medios de comunicación y no generan sentido crítico. Muy por el contrario, son objetivas, calculadas, lógicas y racionales y, por lo tanto, no pueden ser pasibles de juicio alguno. Están del lado de “lo verdadero” y “lo bueno”. Según la comunidad médica, no marcan tendencias de pensamiento y no se les asigna la capacidad de generar opinión. Se esgrimen como lugares de información veraz y concreta.

La televisión encabeza la lista de “los medios malos”, aquellos menos objetivos, menos racionales, mal informados. La televisión es “falsa”, “fría” y “negra”. Luego se nombran los diarios, que tienden a ser construidos –al igual que la radio– como más “cálidos”, más “personales”, más amigables. Por último, las revistas no especializadas son menos “entendidas” y no estimulan ningún pensamiento crítico significativo. Podrían ser contempladas como inofensivas.

Si bien hay ciertas diferencias entre los grupos, éstas son mínimas: ni la edad, ni el género son factores determinantes en la construcción del posicionamiento mediático. No hay huellas significantes que merezcan asociar las variables “edad” y “género” con las diferentes cosmovisiones.

Conclusiones

- 1) La comunidad médica relacionada con temas genéticos reconoce la influencia de los medios de comunicación en la conformación de la opinión pública, pues los concibe no sólo como “canales” de información sino también como “fuentes”.
- 2) Se identificaron dos grupos de pensamiento. Si bien ambos posicionamientos tienen en común la “descripción” del objeto, un grupo se limita a describir el concepto “medio de comunicación” mientras que la otra aproximación además lo juzga.
- 3) Este segundo posicionamiento, que trasciende el plano meramente descriptivo, entiende que los medios están desinformados y que, por tanto, son falaces como fuente de conocimiento.
- 4) La reflexión, sin embargo, no va más allá; se mantiene en el nivel de crítica o reclamo epistémico, no se pregunta por qué, no indaga sobre posibles intereses que puedan explicar la desinformación.
- 5) El desconocimiento de una sociopolítica de la comunicación comulga con una visión positivista

de la ciencia y la medicina: verdad como correspondencia y como *aletheia*, realismo metafísico y hegemonía de saber científico sobre otras formas de conocimiento son supuestos aceptados por la población estudiada.

- 6) Se percibieron disparidades entre los posicionamientos con relación a los diferentes soportes materiales, y la televisión encabezó la lista de los medios considerados menos objetivos y menos racionales.
- 7) No se apreciaron huellas significantes asociadas a las variables edad y género.

Referencias

1. Argumedo A. *Los laberintos de la crisis. América Latina: poder transnacional y comunicaciones*. Montevideo, Buenos Aires: Instituto Latinoamericano de Estudios Transnacionales, Puntosur Editores: 1987.
2. Hamelink C. Nuevos desequilibrios en el flujo internacional de las comunicaciones. *Voces y Culturas* 1991; 2/3.
3. Pasquali A. *Comunicación y cultura de masas*. I. Caracas: Monte Ávila; 1964.
4. Graziano M. Política o ley: debate sobre el debate. *Revista Espacios UBA* 1986.
5. Roncagliolo R. Comunicación y democracia en el debate internacional. *Revista Chasqui* 1983; 7.
6. Oszlak O, O'Donnell G. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo* 1982; 1.
7. Boron A. La sociedad civil después del diluvio neoliberal. En: Sader E, Gentili P, (comps.) *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*. Buenos Aires: CLACSO/EUDEBA; 2003.
8. García Delgado D. *Estado y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Tesis; 1994.
9. Hamelink C. *Hacia una Autonomía Cultural en las Comunicaciones Mundiales*. Caps. I y III. Buenos Aires: Ed. Paulinas; 1985.
10. Rossi D. *La radiodifusión en la Argentina neoliberal*. Buenos Aires: CECSO mimeo; 1995.
11. Albornoz L, Hernández P, Mastrini G, Postolski G. "Al fin solos", el nuevo escenario de las comunicaciones en la Argentina. En: Albornoz L, (comp.) *Al fin solos... la nueva televisión del Mercosur*. Buenos Aires: Ed. Ciccus/La Crujía; 2000.
12. Anderson P. Más allá del neoliberalismo: Lecciones para la izquierda. En: Sader E, Gentili P, (comps.) *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*. Buenos Aires: CLACSO-EUDEBA; 1999: 143-147.
13. Mastrini G, Becerra M. *Concentración de medios*. Buenos Aires: UBA (mimeo); 2003.
14. Mastrini G, De Charras D. *Veinte años no es nada: del NOMIC a la CMSI*. Ponencia al Congreso IAMCR 2004, Porto Alegre, Brasil.
15. Graziano M. Los dueños de la TV argentina. *Revista Comunicación y Cultura* 1974; 3.
16. Kohn Loncarica AG, Outomuro D. El poder de la medicina y el derecho a la información del paciente. En: Aberastury P, Amaya JA, Barker RS, et al. *Poder político y libertad de expresión*. Buenos Aires: Ed. Abeledo Perrot; 2001.
17. Pérez Ransanz A. *Kuhn y el Cambio Científico*. México: FCE; 1999.
18. Barnes B. El problema del conocimiento. En: Olivé L, (comp.) *La explicación social del conocimiento*. México: Ediciones UNAM, 1985: 53-99.
19. Bloor D. El programa fuerte en la sociología del conocimiento. En: Olivé L, (comp.) *La explicación social del conocimiento*. México: Ediciones UNAM, 1985: 100-128.
20. James W. *Pragmatismo*. Buenos Aires: Agentar; 1989.

Recibido: 12 de julio de 2006.

Aceptado: 3 de octubre de 2006.

ECKART, W. U.; SELLIN, V. & WOLGAST, E. (Editores)

Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus

Springer Verlag, Heidelberg, 2006.

La Universidad de Heidelberg cumplió 600 años en 1986. Para su aniversario número 550, en 1936, el país estaba dominado por el partido nacional socialista y las fotos de esa celebración están llenas de los símbolos entonces dominantes. Águilas, cruces gamadas, exaltación de lo teutónico, saludos propios del partido.

La historia, dicen algunos, no vuelve ni tropieza. Pero es conveniente escribirla para poder pensarla. Y en la historia de muchas instituciones alemanas el período entre 1933 hasta 1945 había permanecido en la bruma de un premeditado olvido. Como si un trozo de vida nacional hubiera sido abruptamente sacado de la conciencia colectiva. Este libro, un masivo volumen de 1.277 páginas, trata de remediar esa omisión y, en una detallada exposición, revela quiénes fueron los responsables de la vida universitaria en aquellos años, cuáles fueron sus inquietudes, intereses y esperanzas y cómo la derrota final del Reich vino a provocar esa suerte de parálisis del alma colectiva que, con notable perseverancia, supieron recuperar para el país sus estudiantes y sus académicos, junto con los miles de hombres y mujeres que se sobrepusieron al esfuerzo final y reconstruyeron la nación.

El profesor Eckart dirige el Instituto de Historia de la Medicina y sus dos coeditores son miembros del Seminario de Historia de la Universidad de Heidelberg. Los autores de los distintos capítulos muestran todos una especial versación en sus temas, como, asimismo, un conocimiento detallado de las circunstancias de la universidad al momento de producirse el llamado "*Machtergreifung*", equivalente a una toma de poder. Expresión curiosa que parece desmentir el triunfo electoral del partido nacionalsocialista y los afanes de recuperación nacional que muchos vieron satisfechos con los nuevos líderes.

En mirada retrospectiva, la historia, es poco halagüeña. No sabemos cuán representativos son los sucesos de Heidelberg en comparación con otras universidades, aunque por conjeturas verosímiles cabe suponer que el cuadro se repitió en otros centros de estudio. Los nuevos controladores del país impusieron de inmediato algunas medidas drásticas, especialmente contra los judíos y contra personas que no compartían la ideología nacionalsocialista, si bien tuvieron especial consideración por quienes habían combatido en la primera guerra mundial. Como los autores de los distintos capítulos narran en general los mismos sucesos globales, es posible reconstruir más o menos satisfactoriamente el clima de la época y emitir un juicio sobre sus protagonistas. Cada disciplina tuvo un impacto ideológico no menor, especialmente la física, en la que algunos, obstinadamente, se negaron a reconocer en la teoría de la relatividad un avance significativo por ser Einstein su principal proponente y representar, por lo tanto, una forma de ciencia judía. La psiquiatría fue directamente influenciada por nociones autoritarias sobre el arte "degenerado" propio de los pacientes y semejante al de algunos representantes del arte contemporáneo. Los estudios clásicos se orientaron a una reconstrucción de un pasado heroico.

Conocemos muchos episodios embarazosos de lo que habría de ocurrir con la ciencia y la medicina bajo la férula del nacionalsocialismo, y quizás uno de los méritos de este libro, aunque no de todos sus capítulos, es abstenerse de enjuiciar. Porque, ciertamente, hoy sabemos cosas que muchos contemporáneos ignoraron. Los que buscaron acomodarse y consiguieron lugares en el régimen, los que resueltamente lo apoyaban y los que, por distintos motivos, fueron contrarios a él tienen en esta representación de un caso particular la oportunidad de estudiar historia con la emoción de lo concreto. Generalidades y generalizaciones abundan en esta materia y hay hasta quienes se han hecho de renombre por repetir lo que todos saben con un dejo de escándalo. Lo que en el ámbito universitario pudo significar la súbita irrupción de una ideología totalitaria solamente podemos calibrarlo quienes, de una manera o de otra, sabemos lo que eso significa. Tal vez el nacionalsocialismo tenía una vertebración ideológica de la que carecieron otros movimientos autoritarios, antes, durante y después de su auge y caída. Asombra pensar que una confusa mezcolanza de patriotismo, orgullo racial y deseo de revancha haya podido generar la muy completa estructura del estado nacionalsocialista y es difícil explicar todo lo ocurrido por la simple fascinación frente a un hombre que, como Napoleón, provenía de los confines de la nación y al que debe haber respetado muy renuente un grupo grande de la población. Pero también sabemos que las personas son fruto de las circunstancias y las de la Europa de esos años es rica en frustraciones nacionales, errores políticos, mal digeridos afanes de justicia social y, finalmente, colapso económico generalizado.

Este libro, que en el detalle de cada disciplina y el análisis de cada personalidad brinda un panorama difícil de reconstruir pero sí de admirar, es un material de primer orden para el estudio de un proceso social y sus fenómenos acompañantes, e ilustrativo no sólo sobre la idea de la universidad en un país europeo sino también sobre la compleja relación entre la academia y la política. En mayor o menor medida, se necesitan estas ampliaciones gigantescas de los hechos para entender que, en pequeño, a diario vivimos la influencia de personas ajenas al trabajo intelectual en la vida universitaria y que la economía y la política son parte del cuerpo social.

Sobre los aspectos éticos de la ciencia en la universidad nacionalsocialista, este libro presenta un panorama que invita a la reflexión. Es posible concebir, por ejemplo, que personas que en muchos sentidos eran profesionales eminentes suspendie-

ran el juicio y siguieran directrices que contrarían elementales normas de comportamiento moral. Hace años Alexander Mitscherlich, en su libro sobre la medicina sin humanidad, observó que los científicos –los de entonces y muchos de los actuales– suelen pensar que la ciencia es asunto puramente intelectual y cognitivo; por tanto, la clave no es perversidad sino neutralidad. Si alguien cree estar sirviendo a la humanidad con sus investigaciones, es posible que no trepide en llevar sus estudios al límite de lo factible, sin importar si eso es al mismo tiempo legítimo o defendible moralmente. He aquí, de nuevo, amplificado al extremo, un argumento que puede rastrearse hasta afirmaciones por entero inofensivas y que exigen de los estudiosos vigilante atención y permanente examen.

Al mismo tiempo, la historia del nacionalsocialismo en la universidad alemana enseña la inevitable intromisión del poder político y económico en el trabajo intelectual. Así como algunos fueron condenados por sus actos, otros fueron perdonados, porque así convino a los intereses de los vencedores de la guerra. Todavía queda por explicar por qué para los científicos japoneses que experimentaron con prisioneros, aparte del juicio en la Rusia soviética, que sin duda fue drástico, no hubo un equivalente del juicio de Nuremberg que alcanzara la difusión de éste.

En síntesis, un libro útil para todo aquel que se interese por la historia de la universidad en general y de la alemana en particular, para quien desee conocer en detalle el impacto de una ideología totalitaria en la actividad académica y revelar así las debilidades de la condición humana, y para quienes desean enjuiciar los hechos con datos. Sin duda alguna, digno de análisis y, ojalá, de traducción.

Fernando Lolas Stepke

VILLARROEL, RAÚL

La naturaleza como texto. Hermenéutica y crisis medioambiental

Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2006, 221 pp.

El intento central de este libro es desarrollar un pensamiento ético afincado en la hermenéutica y sus procedimientos. Comparte así la “*hermeneutische Wende*” que también encontramos en otros autores, lo cual revela la fructífera veta que la interpretación y sus variantes revelara, desde aquella *Auslegung* que inaugura la ciencia del texto y las intuiciones de Dilthey y Gadamer.

Son nueve capítulos, más un prólogo, un exordio, una introducción y unas conclusiones. La aparente pérdida de un hilo conductor se resuelve al final con una condensada exposición de las tesis principales del autor, aplicadas al tema del medio ambiente como problema moral. Si algo se precisa en el ejercicio de la racionalidad bioética es esa potencia interpretativa que asociamos con la imaginación, en este caso, con la imaginación moral. De hecho, la mayor parte de la conflictualidad inherente a las culturas procede de insuficiencias en el diálogo. A veces, diálogo entre contemporáneos fracturado por creencias y actitudes que se traducen en intereses dispares. Pero tratándose del medio ambiente, que reclama una vigencia y pide una interpretación, se agrega el diálogo con quienes no están aún entre nosotros y que heredarán un ambiente marcado irreversiblemente por lo humano. No más la naturaleza desnuda sino la naturaleza descubierta y recubierta por la cultura. Y la cultura humana es, esencialmente, la historia de los esfuerzos por comprender y dominar que alientan en el espíritu de Occidente.

En este esfuerzo se reconoce también la impronta de saber qué puede aportar esta reflexión ética de nuevo cuño, ya no prescriptiva y monológica sino deliberativa y dialógica, a los grandes problemas de la contemporaneidad, ésos que cada generación debe re-formular, re-descubrir y, cuando se puede, re-resolver.

“En cada cuna duerme un Cro-Magnon”, escribió el biólogo Jean Rostand. Quería decir que cada generación parte de cero en la vida moral. Que los derechos, deberes y metas de la vida humana son un proceso permanente de invención. Que lo que se acumula es, a veces, mero recuerdo, textualizaciones que se tornan arcanas si no las toca de nuevo la mano, el ojo o el oído de alguien que las traiga de nuevo a la vida y la vigencia. Porque, como también decía Serge Leclaire pensando en el psicoanálisis, una enorme tarea es esto de “desenmascarar lo real”. Tarea ímproba, infinita, que nunca deberá terminar.

En este libro, la argumentación lleva a rozar innumerables problemas, derroteros todos que podrían seguirse, sendas que llevarían a parajes diferentes. La aplicación de lo recogido y pensado al problema medioambiental, la descripción de sus diversas formulaciones, de las corrientes de pensamiento y sensación que permiten aprehenderlo, todo ello alcanza hacia el final del libro una concentración en un *topos* que desde siempre nos acompaña: la escisión entre Hombre y Naturaleza, entre Razón y Extensión, entre Experiencia y Experimento, entre Contemplación y Dominio. Cisuras y antinomias éstas que, simplemente a modo de ejemplo, podrían multiplicarse. Las distinciones y diferencias son el horizonte de cultura en que nos movemos como si fuera la estructura misma de una siempre esquiva realidad.

No puedo dejar de sentir una profunda simpatía por este esfuerzo “textualizador” (pantextualizante) en una materia de tanta importancia práctica. En mis propios escritos siempre me ha parecido que la contextura íntima de la realidad humana es narrativa y así definí la salud –como narrativa– cuando en mis tareas de médico encontré siempre que cuando se rompe

el silencio de la salud (su *Verborgenheit*, como diría Gadamer) se rompe en multitud de narrativas diferentes. Por ejemplo, “sentirse enfermo” es un discurso diferente de “tener una enfermedad” o “ser considerado enfermo”. Según el Evangelio, es propio de lo patológico y lo demoníaco fragmentar lo que es unidad y hacerlo ilegible. Mi propuesta de sanación siempre ha implicado que la salud, esa utopía, es una invención (o construcción) narrativa, y que del modo como se constituyen los decires obtendremos claves para entrar en esa tarea inmensa del diálogo, que viene ocupando las mentes y los corazones desde que alguien pensó diferente y desde que el poder se asoció con el pensar.

Debemos agradecer al profesor Villarroel este esfuerzo por ampliar el horizonte moral en una dirección metódica que producirá, sin duda, otros aportes. Confiemos en que aplicará lo que aquí desarrolla a otros temas y otros problemas, porque la polifonía de lo problemático es el mayor desafío que enfrentarán los hermeneutas del futuro.

Fernando Lolas Stepke

GARZ, D. & KRAIMER, K. (Editores)

Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik

Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M., 1994.

Ahora que la hermenéutica se encuentra en un momento de productivas aplicaciones al campo de la bioética, recordar este libro es recordar la vieja idea del mundo como libro que, cifrado en lenguaje matemático o en oscuros designios de los dioses, debe alguien bien-leer para no mal-pensar.

Las contribuciones de este volumen abarcan campos amplísimos. Las ciencias sociales reconstructivas, que buscan re-formular y re-pensar la vida y la acción, tienen en la hermenéutica objetiva de Oevermann –que inspira muchos trabajos de este libro– una nueva reformulación. No banal este intento, pues muchas de las ampliaciones de las “nuevas humanidades” (alguna vez alguien dio este nombre a las ciencias sociales) conducen a aporías, problemas sin solución aparente. Por ejemplo, la que engendra la propia práctica de observar y participar de una realidad social que engloba a observador y observado en un plexo de significados preconcebidos y que deja poco lugar a un posible descubrimiento.

Otro punto que se destaca es el esfuerzo por superar lo que clásicamente fue la hermenéutica: poner de manifiesto (*Auslegung*) monumentos de escritura (*Schriftdenkmalen*), exigiendo del intérprete un virtuosismo que alejaba toda posibilidad de una objetividad en el sentido de universalidad. Límites y posibilidades de desarrollo de una teoría estructural para esta práctica de neo-hermenéutica son materia de análisis, como también lo es la tensión entre lo latente y lo manifiesto.

En esta variante de sofisticado sistemismo y empirismo, la extensión del proceder hermenéutico se lleva a temas como el análisis biográfico, la contemplación de obras plásticas, la atmósfera moral del trabajo pedagógico y la fenomenología de lo social.

La lectura –y eventual traducción– de estos capítulos enriquecen sin duda el horizonte de los estudiosos de la conducta humana. Porque es en ésta –“la vía final común” de todo desear, planear y actuar– donde se produce la moralidad, lo que es y lo que debería ser.

Fernando Lolas Stepke

MARÍA TERESA LÓPEZ DE LA VIEJA (Coordinadora)

Bioética y feminismo. Estudios multidisciplinares de género.

Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 2006, 292 pp.

Durante décadas, los problemas relacionados con las mujeres han sido prácticamente invisibles para la bioética, en especial para la liberal, ya que ésta prestaba escasa atención a la dimensión social y política de la atención sanitaria y de la investigación científica. En los años setenta, C. Gilligan –autora de uno de los capítulos de este libro– abogaba por una concepción alternativa de la moralidad, por una voz que fuera diferente de los valores femeninos convencionales. No obstante, la ética feminista apenas fue considerada en aquel momento. En los años 80, al tiempo que las dificultades culturales empezaban a ser relevantes en la esfera pública, la perspectiva de género reclamó una visión más amplia del discurso bioético, con el fin de que éste incluyera la experiencia y voz de las mujeres sobre el cuidado de la salud, la distribución social del cuidado e, incluso, sobre los límites de la autonomía de las decisiones en el ámbito clínico. La bioética feminista ha surgido de una valoración muy crítica del sesgo de género en la práctica clínica y en la investigación.

El libro tiene cuatro apartados: “Otra voz, otra ética médica”, “Bioética feminista”, “Mujer y salud” y “Estudios multidisciplinares”.

plinares de género”. El artículo de la coordinadora del libro –“Bioética, del cuidado al género”– se ocupa del proceso que ha llevado hacia una bioética de género, que amplía las cuestiones morales con aspectos de carácter social y político. Por esta razón, hoy puede ser considerada como una “bioética crítica”, comprometida con las necesidades de los ciudadanos, a escala local y global.

En otro de los capítulos –“Género en la ética médica”– Margarete Boos, Christina Sommer, Elizabeth Conradi, Nikola Biller-Andorno y Claudia Wiesemann llevan a cabo una investigación empírica que constituye un reto tanto desde un punto de vista teórico como práctico. Todavía queda por aclarar cómo se pueden integrar aspectos de género sin apoyar estereotipos. Carol Gilligan, especialista en psicología evolutiva, fue una de las primeras en cuestionar la ética desde una perspectiva de género. El concepto de “cuidado” que ella introdujo desafió a la psicología evolutiva y a la filosofía moral convencionales. Se criticó a Gilligan, sin embargo, porque su concepto de “dos voces diferentes” podía fomentar los estereotipos de género. Además, aunque Gilligan hacía hincapié en la relación entre el yo y los otros, esto no quedó reflejado en su propia investigación empírica, que todavía se centraba en la reflexión moral individual. Conceptos de la psicología social pueden ayudar a superar ambos problemas. Categorías sociales como el género dan forma a la identidad y a las decisiones morales. Si por moralidad se entiende algo que viven las personas a través de sus acciones cuando se relacionan socialmente, el género se convierte en una categoría útil de análisis moral. Sus conclusiones quieren proporcionar una base conceptual para la cuestión de cómo la investigación empírica en la ética médica puede adoptar esta perspectiva con éxito.

Gaia Marisco escribe sobre “Bioética feminista: recorridos en evolución”. La bioética feminista plantea cuestiones sobre las distintas formas de poder, de subordinación, opresión, antes aún de preguntarse si determinadas decisiones o acciones son buenas o malas. Intenta conocer los contextos culturales, sociales y económicos, extendiendo la vista al mundo en su conjunto, y no considera oportuno aproximarse a las distintas temáticas en abstracto, más allá de las personas implicadas y prescindiendo del sistema económico en el que vivimos. Hay compromisos que ya no podemos eludir y que afectan específicamente a las diferencias culturales de nuestras sociedades y a las grandes desigualdades socioeconómicas. La bioética feminista crece y evoluciona en los contextos en los que se mueve y en los que vive, apunta a nuevos objetivos, nuevas prioridades; no sólo se centra en los problemas que conciernen a la salud de las mujeres sino en todas las situaciones de desigualdad, vulnerabilidad e injusticia que puedan afectar a quienes padecen opresión, discriminación y exclusiones. No debemos restringir el campo de la bioética, porque los problemas médicos de vivir-morir no pueden ser vistos independientemente de los económicos, de desigualdad, de guerra, opresión y poder.

María José Guerra Palmero, en su artículo sobre la bioética feminista en la era de la globalización, se refiere a la falta de legitimidad de las discusiones y consensos, notoria en la escasa representación de las mujeres en los foros bioéticos, la dirección de la agenda bioética global y su apuesta por una medicina hipertecnológica y no por las cuestiones de justicia. Finalmente, se queja del elitismo de los expertos que, a la postre, son los únicos que participan en la deliberación de asuntos controvertidos. Los debates sobre la inclusión democrática, la necesidad de repensar la universalidad para que alberque la pluralidad y la conciencia del papel jugado por las diferencias/desigualdades y por las relaciones de poder pueden ayudar a enfrentarnos al reto de un bioética global más democrática e inclusiva.

Verina Wild y Nikola Biller-Andorno escriben sobre la inclusión de mujeres embarazadas en los ensayos clínicos. La aparición de una enfermedad durante el embarazo sitúa tanto al médico como a la paciente ante un repertorio muy limitado de opciones terapéuticas y un cierto grado de riesgo. Sobre todo en EE.UU., la dificultad para tratar a mujeres embarazadas ha generado un debate sobre la posibilidad de incluirlas en ensayos clínicos. Otros motivos del debate son la cada vez mayor atención que recibe la investigación equilibrada desde el punto de vista de género y la insistencia en la no discriminación y la autonomía de la mujer. En noviembre de 2001 se realizó en ese país una reforma legal que autorizaba la inclusión de mujeres embarazadas en ensayos clínicos. Algunas voces en Alemania acentúan la inutilidad del debate, argumentando que los ensayos implican una dificultad demasiado compleja para que la mujer pueda asumir la responsabilidad de decidir y que los altos riesgos para el feto no justifican incluirlas en ensayos. En todo el mundo, sin embargo, las directivas también están siendo modificadas para autorizar la inclusión de mujeres embarazadas en ensayos. Plantean las autoras las siguientes preguntas: ¿se justifica argumentar a favor de la inclusión de mujeres embarazadas en ensayos clínicos? ¿Se justifica incluir a las mujeres embarazadas en la categoría de “población vulnerable”? ¿Qué significado tiene la unidad física de la embarazada y el feto en el proceso de toma de decisiones? En conclusión, se pronuncian a favor de la inclusión de mujeres embarazadas en ensayos clínicos bajo ciertas condiciones y acentúan la importancia de incorporar al debate la opinión de las embarazadas.

María Ángeles González Bustos analiza, al finalizar el libro, las medidas jurídico-administrativas para la protección de la mujer. Xiomara Lazo Fuentes alude a la igualdad de oportunidades y acciones positivas en América Latina, y Aída Figueroa Bello resumen las recientes directivas comunitarias adoptadas en materia de igualdad de trato entre mujeres y hombres en la Unión Europea.

Francisco J. León Correa

JÜRGEN HABERMAS***Entre naturalismo y religión***

Paidós Básica, Barcelona, 2006, 363 pp.

Dos tendencias contrapuestas caracterizan la situación intelectual de la época: la creciente implantación de imágenes naturalistas del mundo frente al recrudescimiento de las ortodoxias religiosas.

Los artículos reunidos en este volumen sondan las tensiones entre naturalismo y religión y defienden una comprensión adecuadamente naturalista de la evolución cultural que rinda cuentas del carácter normativo del espíritu humano. Además, proponen una interpretación adecuada de las consecuencias secularizadoras de una racionalización cultural y social que, de modo creciente, los defensores de las ortodoxias religiosas se resisten a aceptar como la verdadera senda histórica de Occidente.

Esta obra enfrenta con una nueva sensibilidad el choque actual entre la fría visión de las ciencias respecto del ser humano y la imagen legada por la tradición religiosa. Habermas aboga por entrar en una sociedad “postsecular”, en la que ambas visiones puedan competir en un plano de igualdad.

RICARDO MALIANDI***Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología***

Editorial Biblos, Ediciones de la UNLA. Buenos Aires, 2006, 253 pp.

El concepto de identidad (individual y comunitaria), el irreversible –aunque dramático– proceso de globalización y el gran desarrollo de la tecnología, de consecuencias aún imprevisibles, constituyen tres de los complejos ámbitos conflictivos por los que transita actualmente la humanidad. Ellos representan, asimismo, tres tópicos de perentoria reflexión ética a la que este libro ofrece una contribución. Ricardo Maliandi los afronta desde una “ética convergente”, peculiar combinación de la ética del discurso con la ética axiológica, y, además, un modo de reconocer diversos principios éticos fundamentales, por referencia a la “bidimensionalidad de la razón”, y un “principio de convergencia” que exige la maximización de la armonía entre aquellos.

HÉCTOR GROSS ESPIELL y YOLANDA GÓMEZ SÁNCHEZ***La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO***

Comares, Granada, 2006, 640 pp.

La Conferencia General de la UNESCO celebró en París su 33ª reunión, adoptando por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que trata de “las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales”. Esta Declaración responde a una verdadera necesidad a medida que se multiplican, a menudo sin un marco regulador, prácticas que traspasan las fronteras nacionales: la realización simultánea en diferentes países de proyectos de investigación y de experimentos en el campo biomédico; la importación y exportación de embriones y células madre embrionarias, de órganos, de tejidos y de células, y la circulación transfronteriza de tejidos, de muestras de ADN y de datos genéticos. La instauración a nivel internacional de principios éticos es, por tanto, más necesaria que nunca. El texto adoptado proporciona un marco coherente de principios y de procedimientos que podrán servir de guía a los Estados en la formulación de sus políticas, legislaciones y códigos éticos. En todos los lugares en los que todavía se constate la ausencia de un marco ético, la Declaración incitará y ayudará a llenar ese vacío. Y aunque a los Estados les corresponda elaborar los documentos e instrumentos adaptados a sus culturas y tradiciones, el marco general propuesto puede contribuir a universalizar la ética frente a una ciencia que cada vez tiene menos fronteras.

RUY PÉREZ TAMAYO, RUBÉN LISKER y RICARDO TAPIA (Coordinadores)***La construcción de la bioética***

Textos de bioética, Vol. 1, Fondo de Cultura Económica, México, 2007.

Este volumen aborda temas que habitualmente se debaten desde diferentes ópticas: entre otros, la cuestión del embrión, el asesoramiento genético y el diagnóstico prenatal, el aborto, la clonación y las células troncales, el trasplante de órganos, la

investigación médica en seres humanos, la eutanasia y la neuroética. Los autores exponen con imparcialidad los puntos de vista contrarios a los que ellos mismos sostienen, lo cual confiere a sus textos una probidad intelectual muy adecuada para una obra de esta naturaleza.

JOSÉ RAMÓN AMOR PAN

Ética y discapacidad intelectual

Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2007.

Es mucho lo avanzado en los últimos años en el abordaje de la discapacidad intelectual. Pero nada de ello tiene sentido si no se trata de acciones que tengan como norte una revalorización ética de este colectivo que, a pesar de todo, sigue luchando por ganar espacios que de verdad signifiquen una mejora en su calidad de vida. Esta discapacidad constituye uno de los grandes retos de nuestra sociedad, que lleva a cuestionar la propia organización social: ¿sobre qué principios y valores estamos edificando nuestra civilización?

Amor Pan ofrece esta reflexión ética instalada en la vida real y, tras presentar el horizonte ético en el que brilla la dignidad humana de la persona con discapacidad, afronta cuestiones tan actuales como el debate sobre “nacimientos incorrectos” y “vidas equivocadas”, la acción y los problemas de la familia, la integración afectiva y sexual de la persona con discapacidad y la integración laboral. Destaca que la reflexión sobre la discapacidad intelectual nos obliga a revisar nuestro modelo antropológico y nuestros presupuestos morales. Nos invita a abandonar nuestros egoísmos y nuestras miopías para abrirnos a un nuevo estilo de vida.

FRANCISCO JAVIER ELIZARI BASTERRA (Director)

10 palabras clave ante el final de la vida

Verbo Divino, Estella (Navarra), 2007, pp. 461.

Si tuviéramos que destacar una idea dominante en esta obra, bien podría ser la aspiración a un morir mejor, es decir, más humano, referido no sólo al instante postrero de la vida, sino, sobre todo, a su fase última, más o menos extensa. Porque el morir en nuestra sociedad es manifiestamente mejorable; pero, si queremos trabajar lúcidamente en el empeño, es necesario recordar que cada momento histórico, cada sociedad, deja, en algún grado, su propia huella en la última etapa de la vida por medio de normas, leyes, costumbres, ritos, ideas éticas, prácticas médicas, creencias, aspiraciones, temores, interrogantes, entre otras.

Colaboran en esta edición Marciano Vidal, Salvador Urraca, Juan Luis Trueba, Francesc Torralba, Ana María Marcos del Cano, José Carlos Bermejo, Javier Barbero, Juan Aristondo Saracíbar y Juan Carlos Álvarez Pérez.

Francisco J. León Correa

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA BIOETHICA 2007 AÑO XIII - N° 1

Introducción

Los estudios con animales. Ética para situaciones diversas
Fernando Lolas Stepke

Originales

Acercamiento al accionar ético-moral del científico que trabaja
con animales de experimentación
Ángel R. Concepción Alfonso, R. de la Peña Pino y J. García Capote

El programa interno para el cuidado y uso de los animales de laboratorio en las instituciones biomédicas
docentes, de investigación científica e industria farmacéutica
Jorge Fernández Hernández e Yvonne Michelle Heuze de Icaza

Ética de la investigación en modelos animales de enfermedades humanas
Eduardo Rodríguez Yunta

Alternativas a la experimentación animal en toxicología: situación actual
María Pilar Vinardell Martínez-Hidalgo

La controversia sobre la vivisección
Jorge Alberto Álvarez-Díaz

Animales transgénicos como organismos artificiales
Alexandre Bota Arqué

Definiendo *Homo sapiens-sapiens*: aproximación antropológica
Carolina Valdebenito

Interfaces

HIV prevention research among severely mentally ill latinas:
an examination of ethical issues in the context of gender and culture
Sana Loue

Programas de educación sexual en Panamá
Claude Vergès

La formación ética de los estudiantes de Medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto

Fernando Suárez Obando y Eduardo Díaz Amado

Evaluación de la percepción de los alumnos brasileños de posgrado acerca de la investigación con seres humanos

Cléa Adas Saliba Garbin, Artênio José Ispër Garbin, Suzely Adas Saliba Moimaz, Patrícia Elaine Gonçalves

Colectánea

Colectánea: una nueva sección de Acta Bioethica

Fernando Lolas Stepke

Método o métodos para investigar en bioética. Una reflexión

Carolina Manrique Nava y Octaviano Domínguez Márquez

El modelo de investigación en bioética

Oscar J. Martínez González

Investigar en bioética

Juan María Parent Jacquemin

Recensiones

Publicaciones

Instrucciones a los autores

Instructions to authors

Tabla de contenidos del número anterior