

Bioética

Aporte para un debate necesario



Juan Pablo Saavedra Olea

Martha Tarasco Michel

Coordinadores

BIOÉTICA
APORTE PARA UN DEBATE NECESARIO

*Juan Pablo Saavedra Olea y
Martha Tarasco Michel*
Coordinadores

BIOÉTICA
APORTE PARA UN DEBATE NECESARIO
Juan Pablo Saavedra Olea
Martha Tarasco Michel
Coordinadores

Derechos reservados, 2018

Partido Acción Nacional
Av. Coyoacán 1546, colonia del Valle
03100, Ciudad de México

Fundación Rafael Preciado Hernández
Ángel Urraza 812, colonia del Valle
03100, Ciudad de México

La reproducción total o parcial no autorizada
vulnera derechos reservados.
Cualquier uso de la presente obra debe ser
previamente concertado.

ISBN: 978-607-96356-1-9

[Las opiniones que reúne la presente obra reflejan el punto de vista de sus autores]

ÍNDICE

Introducción

Fernando Rodríguez Doval 7

I. Fundamentación

¿Quién es el ser humano?

María Elizabeth de los Ríos Uriarte 11

Bien, Mal y verdad ¡Eso es del siglo XVII!

José Enrique Gómez Álvarez 28

Laicidad del Estado ¿Qué significa? Laicidad y laicismo

José Enrique Gómez Álvarez 38

II. Generalidades de la Bioética

La bioética y la atención de la salud

Oscar Javier Martínez González 51

III. Inicio de la vida

Matrimonio igualitario y su regulación

Agustín Herrera Fragoso 69

Adopción

Agustín Herrera Fragoso 113

Sexualidad y anticoncepción

Rosario Laris Echeverría 131

El aborto	
<i>Rosario Laris Echeverría</i>	154
Clonación	
<i>Dora G. Mayen Molina</i>	178
Reproducción asistida	
<i>Javier Marcó Bach</i>	185
Maternidad subrogada	
<i>Javier Marcó Bach</i>	220

IV. Fin de la vida

¿Muerte cerebral o muerte encefálica?

<i>José Alejandro Pedro Sánchez Priego</i>	261
Donación de órganos y tejidos	
<i>Luis Antonio Meixueiro Daza</i>	283
La Bioética y la eutanasia	
<i>Oscar Javier Martínez González</i>	304
Cuidados paliativos y voluntades anticipadas	
<i>Samuel Weingerz Mehl</i>	314
La vida humana y la pena de muerte	
<i>Juan Pablo Saavedra Olea</i>	338

V. Biotecnología e investigación

Genoma Humano. Regulación del Estado y en qué consiste

<i>Dora G. Mayen Molina</i>	365
Ética de la investigación en seres humanos	
<i>Martha Tarasco Michel</i>	373

VI. Semblanzas	385
-----------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

Los sorprendentes avances de la ciencia nos han permitido conocer mejor la naturaleza, conocimiento que a su vez nos ha permitido incidir en ella mediante el desarrollo tecnológico. La ciencia y la técnica, por definición, son neutras, es decir, no tienen una valoración moral detrás; la utilización que se haga de las mismas, en cambio, sí debe contenerla a fin de orientar el desarrollo hacia la prosperidad y no, como ha ocurrido también, hacia el abuso y la destrucción. La modernidad nos ha enseñado en múltiples ocasiones que no todo lo que es técnicamente posible es éticamente aceptable.

Estos avances científicos y tecnológicos han abarcado también lo relacionado con la vida humana. Hoy existen medios para manipular el origen de la vida y también para prolongarla lo más posible. Estos poderes de la ciencia nos obligan a una reflexión sobre qué se puede hacer desde la perspectiva de la responsabilidad ética, sobre qué es moralmente admisible, y qué uso se le debe dar a las biotecnologías que tenemos a nuestro alcance.

La Fundación Rafael Preciado Hernández, como institución académica humanista dedicada al estudio y a la investigación, quiere participar en este debate bioético que hoy cruza las sociedades de todo el mundo. Por eso es que con este libro abre sus páginas a especialistas que, desde su personal punto de vista, abordan temas que tienen una repercusión pública evidente.

Por supuesto que este libro no pretende imponer dogmas de fe; mucho menos pontificar en temas complejos en los que cada día aparecen nuevos retos. Aporta ideas para un debate inacabado pero necesario y en el que todas las voces deben ser escuchadas con tolerancia y apertura.

Este libro no hubiera sido posible sin la coordinación tenaz de Juan Pablo Saavedra Olea, investigador de la Fundación Rafael Preciado. Para él todo el reconocimiento y gratitud, así como para todos los especialistas que comparten sus investigaciones, opiniones y puntos de vista en este volumen.

El futuro nos ha alcanzado. Gran parte de lo que en nuestra niñez pensamos que era ciencia ficción, hoy es realidad cotidiana. Las distopías de Orwell o Huxley parecieran encontrar hoy cabal cumplimiento. ¿Cómo reaccionar ante tales fenómenos? La respuesta es clara: desde la centralidad del ser humano y su dignidad irrenunciable.

Ciudad de México, abril de 2017.

Mtro. Fernando Rodríguez Doval

Director General Fundación Rafael Preciado Hernández A.C.

I

FUNDAMENTACIÓN

¿QUIÉN ES EL SER HUMANO?

Dra. Ma. Elizabeth de los Ríos Uriarte

Reflexionar sobre el ser humano implica necesariamente admitir que, frente a él existen más interrogantes que respuestas, esto debido a que más que ser un problema cuya respuesta vendrá en un tiempo determinado, el ser humano es un misterio, es decir, es alguien frente al cual sólo nos es permitida una aproximación dado que su develamiento constituye su propia existencia, así pues, quien lanza la pregunta es la pregunta misma, de ahí, la dificultad de su estudio. No obstante lo anterior, existen algunas notas constatables que se forjan como evidencias de la experiencia misma de ser persona, por ello, vale la pena aventurarnos en estudiarla desde lo que de ella se ha afirmado pero con la mirada siempre dispuesta a seguir encontrando novedades en su esencia.

El ser humano exige, hoy más que nunca, un cuestionamiento que vuelva sobre su mismo ser y reflexione en torno a su esencia, es decir, es necesario volver a los orígenes que a los presocráticos inquietaban y para los cuales sólo el asombro permitía una respuesta. En otras palabras, es necesario recuperar el asombro por el ser humano antes que adentrarnos en su misterio.

Volver sobre el ser humano y regresar a su esencia, a su dignidad, es mirarlo con otros ojos, es permitirle rebelarse y permitirnos el proceso de la *aletheia* o el develamiento que constituye la actitud filosófica por excelencia. En ese redescubrimiento del ser humano se juega la valorización de su vida, por ello resulta imprescindible, para el estudio de la Bioética echar mano de la Antropología Filosófica como ciencia que nos permitirá volver a mirar, con una mirada nueva, aquello que permanecía oculto y así, descubrir nuevas dimensiones en el actuar humano que conduzcan a nuevas direcciones en el campo de la Bioética.

El concepto de dignidad humana ha sido ampliamente discutido a partir de la Segunda Guerra Mundial y el amanecer de la Filosofía moderna ya que ofrece un terreno sólido y objetivo a partir del cual repensar la realidad humana como distinta a la realidad material y así, deducir de ésta algunas características esenciales tales como su unicidad, su individualidad y su valor trascendental propio de su aspecto espiritual. En resumidas cuentas, si la Ilustración proclamaba la nota específica de la autonomía¹ como el distintivo esencial del ser humano, la época posmoderna reclama su valor social en armonía con su individualidad; así hablar de dignidad humana significa hacer mención del aspecto social y del desarrollo personal que envuelven a cada individuo en cualquier época histórica.

I. Aproximaciones diversas al misterio de lo humano

La aproximación antropológica del ser humano deberá comenzar por reconocer que éste es una sustancia. Aristóteles decía que la sustancia —ousía—: “es la causa inmanente del ser de los entes que no se predicán de un sujeto”.²

¹ Kant, I. “¿Qué es la Ilustración?” en *Filosofía de la Historia*. 2ª reimpresión. México: FCE, 1981. P. 25.

² Aristóteles. *Metafísica*. V (DELTA). VIII. Buenos Aires: Sudamericana, 2000.

Hay que mencionar aquí que, en la Filosofía del Estagirita el binomio sustancia-accidentes constituye una columna central para entender todo cuanto existe. La sustancia será pues aquello que posee una totalidad en sí mismo y que es, como afirmaría Kant más adelante, fin en sí mismo. Además, hay que distinguir entre la sustancia universal y la sustancia individual³ en el filósofo mencionado, así pues, la sustancia universal o sustancia primera constituirá la especie dotada de materia y forma mientras que la sustancia segunda, el género más la diferencia específica que le corresponde. En el caso del ser humano, el género será el de animal, la diferencia específica la de ser racional y la especie será precisamente la de ser humano. Con este orden de ideas Aristóteles no niega los orígenes de cada especie sino que más bien los afirma al afirmar, a su vez, las notas constitutivas de la misma. Hay que decir también que, una vez que se ha llegado a la especie, de ella se pueden predicar adjetivos o acciones propias de ella pero también cualidades o actos que no se desprenden directamente de ella.⁴

Para ejemplificar lo anterior se propone pensar en la especie del mismo ser humano, algo que se puede predicar de él porque se desprende de su misma esencia es su capacidad de habla, es decir, es propio de los ser humanos hablar (aunque no lo hagan en un determinado momento o pierdan la habilidad para producir sonidos y formar palabras, el lenguaje sigue siendo algo propio de ellos), en cambio, se puede predicar también que su estatura promedio es de 1.60 (dependiendo la raza) pero esto no será algo que le es propio sino más bien algo que le es accidental, esto significa que, aunque el promedio de estatura sea el mencionado, si hay un ser humano que lo rebasa o que no lo cumple no por ello deja de ser, ser humano.

Así hay características y notas constitutivas que se pueden predicar de una sustancia que le son propias y otras que no lo son.

³ Idem.

⁴ Ver la distinción entre predicables esenciales y predicables no esenciales en Sanguinetti, Juan José. *Lógica*. 6ta edición. Navarra, EUNSA, 2002. P. 75-81.

Que el ser humano sea sustancia significa entonces que de él se pueden predicar todas sus cualidades: tamaño, peso, color, edad, sexo, etc. y que, a su vez, éstas serán accidentales, es decir, si están o no, no afectarán a la sustancia que ya es. Esta concepción sustancial del hombre hace pensar que éste se va formando a través de sus diversas experiencias con otros hombres que al igual que él son sustancias, es decir, el hombre está abierto a otras relaciones con otros seres humanos sin que, en dicha relación, pierda sus notas constitutivas.⁵

Siguiendo la línea aristotélica hasta la Filosofía Moderna, esta sustancia sobre la cual descansa la idea de dignidad humana se ve enriquecida por las aportaciones de Max Scheler para quien el hombre tiene un particular puesto en el mundo, en el cosmos, que lo hace distinto de los seres vivos. Esta diferencia que lo hace especial es su espíritu entendido éste como el centro en donde la persona se manifiesta⁶ a partir del uso de su libertad. El espíritu será entonces la sede de la libertad en el hombre y le dará, a la vez, su incapacidad para ser objetivado. Sobre este aspecto se discutirá más adelante.

Dos notas de la dignidad humana han aparecido ya: se sustenta en una idea de sustancia que permite la interacción social y la afectación accidental sin quedar afectada (negativamente) por éstas y en segundo lugar, conlleva necesariamente un aspecto espiritual.

Ahora bien, se puede decir que existen principalmente dos bloques de pensamiento que intentan explicar el misterio del ser humano. Por un lado las antropologías materialistas que reducen la esencia del ser humano a su componente material, es decir, a su cuerpo y, por ende, a su biología y las

⁵ Esta idea de la aceptación de una alteridad en las relaciones humanas cobra especial relevancia después de la Segunda Guerra Mundial, época caracterizada por el paso de una ética de la mismidad en donde lo seguro era el yo que interactuaba no con cierta supremacía sobre otros, gracias al influjo de la razón moderna instaurada por Descartes, a una ética de la alteridad en donde el sufrimiento humano es resultado de la razón privilegiada y, por ende, esta como centrada en sí misma, es puesta en tela de juicio y surge así la subjetividad expuesta al otro. Para ahondar más sobre esta nueva subjetividad se sugiere la lectura del artículo de Carlos Mendoza titulado "El colapso del sujeto posmoderno: nihilismo y mística" en *Subjetividad y experiencia religiosa posmoderna*. Pps. 81-113.

⁶ Cfr. Scheler, Max. *El puesto del hombre en el cosmos*. Barcelona: Alba editorial, 2000. Pps. 67-74.

antropologías espiritualistas que reducen, por su parte, al ser humano a su esencia espiritual –para algunos espíritu, para otros alma– despreciando, por ello, el valor de su cuerpo.

La primer línea se advierte ya desde Epicuro y llega a nuestros días a partir de los neomarxistas. En esta se considera al ser humano como un compuesto –dualidad– de cuerpo y alma donde lo único verdaderamente constatable es el cuerpo y sus movimientos, por lo tanto es a éste, éste al que hay que darle prioridad y por ende, se reduce la visión del ser humano únicamente a su cuerpo. El ser humano es su cuerpo.

Ahora bien, como éste es material y todo lo material está sujeto a las leyes del tiempo y del espacio y es corruptible en función de estas mismas leyes, entonces el cuerpo también es corruptible pero si el cuerpo es corruptible y el ser humano es su cuerpo, entonces el ser humano también es corruptible, es decir, el ser humano muere en el momento en que muere su cuerpo. Así, desde esta postura no existe la trascendencia ni la creencia en la inmortalidad del ser humano, somos materia y la materia se corrompe. De igual modo, se afirma que el ser humano que es materia, es capaz de construir el pleno de su existencia en la historia igualmente material, por ende, no necesita una realidad ulterior que le brinde sentido a su existencia, sino que su mismo cuerpo le es suficiente. Por su parte la segunda línea se advierte desde Platón, pasa por San Agustín y llega a nuestros días con los movimientos neoplatónicos y algunas corrientes posmodernas tales como el New Age. En esta corriente, se prioriza el alma o espíritu por encima del cuerpo y se llega a afirmar entonces que el ser humano es un ser, esencialmente espiritual. Esto conlleva la necesaria consecuencia de alimentar el alma despreciando el cuerpo por considerarlo, como queda constatado en reiteradas ocasiones en el pensamiento de Platón, la “cárcel del alma”.⁷

⁷ Cfr. Platón. “Apología de Sócrates” en Diálogos. Tomo I. Madrid, Gredos, 1997. Platón. “Fedón” en Diálogos. Tomo III. Madrid, Gredos, 1997.

Así pues, al considerar que el alma es lo primordial en el ser humano, se espera que el momento de la muerte sea, por su parte, una liberación del alma de su cárcel que es el cuerpo.

Mientras que la primera postura corre el riesgo de caer en un reduccionismo biologicista, la segunda corre el mismo riesgo de caer en un fanatismo espiritual. Por ello, se considera que ambas posturas son peligrosas pues el ser humano no puede ser considerado ni únicamente en su aspecto material ni únicamente en su aspecto espiritual. Ambas esferas conforman una unidad de tal suerte que no pueden existir de forma independiente la una de la otra y, por ende, ninguna tiene prioridad sobre la otra, más bien, en conjunto son una armonía que permite la existencia del ser humano.

Sea que se le piense más como un ser esencialmente espiritual y se crea que su valor radica en su espíritu o bien como un ser esencialmente material y por ende su valor radique en su corporeidad, la noción de su dignidad no se ve alterada por ninguna de las dos posibles respuestas pues el respeto irrestricto a la vida humana al que conduce la noción dignidad se sigue sosteniendo aún en contra de su inmaterialidad.

II. El ser humano como cuerpo y espíritu

Ontológicamente el ser humano tiene una estructura que le permite orientarse hacia aquello que le es propio y que va de acuerdo con su misma naturaleza, en otras palabras, el ser humano tiene un cuerpo por el que se presenta al mundo y existe en él y un espíritu que le permite trascender.

No se puede negar la misma experiencia de la trascendencia humana. Interactuamos en y con el mundo y lo transformamos a partir de nuestro cuerpo pero esta transformación no termina en el acto e instante en que se lleva a cabo sino que trasciende. Por nuestras acciones entonces sabemos que somos seres trascendentes.

Así pues, es necesario admitir que tanto nuestro componente material como nuestra esencia espiritual son importantes y ambos tienen el mismo valor. En el ser humano, ambos existen y coexisten y posibilitan nuestro ser en el mundo.

El cuerpo, por su parte, tiene distintos significados:

- a) El cuerpo es presencia. Esto quiere decir que por nuestro cuerpo, los otros nos ven y nos conocen, es decir, en el acto de interactuar con ellos trasciende nuestra esencia pero la vía de entrada y de manifestación de la misma es el cuerpo.
- b) El cuerpo es principio de instrumentalización. Transformamos el mundo a partir de nuestro cuerpo. Nuestras manos son capaces de crear y de modificar nuestro entorno, de generar utensilios o de generar arte y de hacer cultura. Lo que posibilita entonces nuestro interactuar en el mundo y su consecuente transformación es nuestro cuerpo.
- c) El cuerpo es lugar de posibilidades. Cada pensamiento que tenemos, cada sueño que imaginamos, cada posibilidad de ser se despliega y se hace posible a través de nuestro cuerpo, éste nos va permitiendo habitar espacios e incorporarlos a nuestra existencia, así, se torna espacio de posibilidades de realización de la persona. Cada persona llega a ser lo que desea por medio de su cuerpo.
- d) El cuerpo es límite. Por último hay que decir que el cuerpo nos constriñe y nos limita y lo hace en función de poseer una materia que se rige por las leyes del tiempo y del espacio y, por ende, limita nuestras posibilidades a un tiempo y a un espacio determinando pero, también, lo hace en cuanto su corruptibilidad. El cuerpo se corrompe y, por ende, marca un límite en nuestra existencia espacio-temporal.

Una vez analizados los significados del cuerpo, preciso es decir que a pesar del límite que éste implica para el ser humano, él trasciende en función de su espíritu. La inmaterialidad de éste lleva a pensar que cuando la persona acciona en sus actos también se imprime su inmaterialidad, es decir, éstos llevan el sello constitutivo de su espíritu y por eso es capaz de trascender la corrupción de su materia.

Descartes intentó mostrar que este aspecto espiritual del hombre no se hallaba en ningún lugar material de su cuerpo y que, por lo tanto, era independiente de éste.⁸ Por su parte, desde Platón hasta Kant se rechazó la idea de que el carácter de sustancia única y con él, el de su ser espiritual, se encontrara físicamente presente el hombre, rechazo que provocó la infundada pretensión de la no existencia de la misma que presume, a su vez, el problema de su ambigüedad en la expresión y formulación.

Independientemente de los intentos para ubicarla físicamente, la esencia espiritual del ser humano es lo que le permite ser un ser trascendente de tal manera entonces que tanto su cuerpo como su espíritu son una unidad que no merma con los límites físicos sino que los trasciende, por ello se puede afirmar que el ser humano es un cuerpo espiritualizado o bien un espíritu encarnado.

De forma natural todos buscamos el bien,⁹ ya Santo Tomás afirmaba que, para que busquemos algo es porque eso se presenta, al menos en un primer momento, como algo bueno,¹⁰ de otra forma, no lo buscaríamos ni procuraríamos, es decir, hay en todos nosotros un deseo de bien que corresponde a una necesidad intrínseca a nuestra esencia que, al ser

⁸ Descartes, R. Discurso del método. Quinta parte. México: Colofón, 2001. Pps. 101-118.

⁹ Aristóteles lo afirma de la siguiente manera: "Todo arte y toda investigación e, igualmente, toda acción libre y elección parecen tender a algún bien; por esto se ha manifestado, con razón, que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden". Aristóteles. Op. Cit. Libro I 1094^a.

¹⁰ Santo Tomás afirma: "cuanto desea el hombre lo desea bajo la razón de bien; y, si este no es el bien perfecto, que sería el fin último, es necesario que lo desee como tendente al bien perfecto [...]". De Aquino, Santo Tomás. Suma de Teología. 4^a edición. Madrid: BAC, 2001. Tomo II Parte I-II. C. 1. a. 6. Solución.

incompleta¹¹ nos exige el proceso de perfeccionamiento; proceso que sólo es posible en la medida en que nos movamos en la dirección que nuestra esencia humana nos pide. Cumplir pues con el deseo de bien no es otra cosa que darle el lugar que merece nuestra esencia, es decir, comportarnos a la altura de nuestra naturaleza humana; de la misma manera y en contraposición, cuando no dirigimos hacia las acciones que nos son propias, no nos comportamos a la altura de lo que somos e incluso, le faltamos al respeto a nuestra esencia o, de forma más radical, nos faltamos el respeto a nosotros mismos.

Ahora bien, en el ser humano existen también dos facultades que le permiten ser y actuar al punto que, incluso, puede llegarse a definir en función de estas dos facultades, por eso decimos que le son propias.

En primer lugar se encuentra la facultad intelectual o inteligencia¹² que es la que le permite dirigirse y dirigir sus acciones en orden a aquello que es verdadero. Se entiende por “verdadero” aquello que le es propio a su naturaleza como animal racional, aquello que construye o perfecciona su esencia. Así, por esta facultad es ser humano discierne a dónde debe dirigirse.

En segundo lugar, se encuentra la facultad volitiva o voluntad que es aquella que, una vez vislumbrado aquello que es lo verdadero, mueve al ser humano a actuar en consecuencia y a complementar su acción con la bondad, es decir, por la voluntad el ser humano no solo se dirige hacia la verdad sino también hacia el bien. De igual modo, se entiende por “bien” aquello que es acorde o afín a la propia naturaleza del sujeto humano, que conserva, preserva y perfecciona su esencia.

Mientras que la facultad intelectual va más de la mano hacia el componente inmaterial y espiritual de la persona, la volitiva lo hace de las emo-

¹¹ Según el de Aquino, sólo hay una substancia que es completa y perfecta en unidad y simplicidad y es Dios y en las demás substancias, aunque tienen ser, les falta algo para su plenitud, tal es el caso de los seres humanos. Cfr. De Aquino. Op. Cit. C. 18. a. 1. Solución.

¹² A pesar de que el término “inteligencia” puede entenderse de muy distintos modos, la acepción a la que se hace referencia en este capítulo será aquella capacidad por la cual se ponderan diversas acciones y se elige la que se crea mejor.

ciones o sentimientos de la persona. Así, será pues, la volición lo que mueva al ser humano a actuar.

Santo Tomás de Aquino afirmaba incluso que, antes de toda elección se requiere un proceso conformado de cuatro pasos:

1. Atención: la persona fija su mirada en la acción a realizar.
2. Ponderación: la persona delibera los pros y los contras de la acción a realizar. Aquí es donde interviene propiamente la facultad intelectual.
3. Advertencia: es el momento en que la persona, ya encaminada hacia la acción previamente deliberada, vuelve a pensar sobre los pros y contras sometiendo su primera ponderación a examen para mantenerla o modificarla.
4. Consentimiento: se da en el actuar mismo, es decir, es el consentimiento de la voluntad o facultad volitiva de la persona que se manifiesta en la acción realizada.

Estas dos facultades son ontológicas, es decir, se encuentran en la persona independientemente de que ésta las use o no. Es por ello que, incluso cuando la persona obra en contrario a la verdad y a la bondad aún preserva sus facultades que le posibilitan corregir y redireccionar sus acciones hacia la verdad y hacia el bien.

Esta estructura ontológica de la persona constituye su libertad. Sólo una acción donde intervengan tanto la inteligencia como la voluntad puede ser una acción libre. La libertad se da entonces con la intervención de la inteligencia que pondera y delibera y la voluntad que consiente.

Con lo anterior queda constatada la perfecta armonía que se da entre el componente material y el componente espiritual en la persona humana.

III. El problema original entre individuo y sociedad

¿Es posible conciliar los intereses individuales con los intereses colectivos?, en otras palabras: ¿quién tiene prioridad al momento de tomar una decisión: el ser humano en tanto ser individual con una esencia propia y específica o la sociedad que le rodea en tanto que posibilita el despliegue de sus capacidades?

Preguntas como ésta son las que han llevado a varios filósofos a problematizar el puesto de ser humano en su sociedad. Por un lado se advierte que éste tiene una esencia individual que construye, a su vez, un aparato axiológico determinado que conforme su preferir y su capacidad operativa y de interacción con los otros pero, por el otro lado, se afirma la tajante necesidad de la vida social. Ya Aristóteles lo afirmaba: “el ser humano es un *zoon politikón*”,¹³ es decir, un animal social por naturaleza.

Lo anterior no quiere decir que necesitemos de los otros en sentido ontológico puesto que ya se vio que, la esencia del ser humano en cuanto sustancia, es completa, es decir, total, así que no se necesita de otras esencias para completarla. Sin embargo, sí significa que desde el punto de vista del perfeccionamiento del ser humano, sí es necesario relacionarnos con otros.

El ser humano así, se va construyendo en conjunto con los otros y en el diálogo con ellos va encontrando y conformando su identidad –no su esencia–. La otredad pues, constituye el punto de partida de la conformación de la mismidad. La vida social se torna entonces en un imperativo.

Visto teóricamente lo anterior es comprensible, no obstante, al momento de llevarlo a la práctica surgen distintas disyuntivas que comprometen la visión original. La vida en común conlleva problemas serios que ponen en tela de juicio la posible armonización de intereses entre las personas. El bien

¹³ Aristóteles. Política. Libro I. Madrid: Nuestra Raza. Disponible en versión electrónica por la Universidad de Sevilla. URL: < <http://fama2.us.es/fde/ocr/2006/politicaAristoteles.pdf> > Fecha de última consulta: 23 de septiembre del 2016.

común no puede ser la suma de los bienes individuales, más bien, tiene que constituirse en una aspiración que mueva cada voluntad de forma individual a ser capaces de vislumbrar una posibilidad en la que se ven beneficiados muchos y no únicamente la misma persona involucrada. Así pues, la vida en común, nuestro carácter naturalmente social es, en sí mismo, un punto de reflexión.

Por lo anterior y de igual modo que el apartado anterior pero desde otra perspectiva se puede advertir que existen dos maneras de pensar al ser humano desde su relación con la sociedad en la que se ve inserto. En primer lugar, una visión individualista donde prevalezca el interés individual por encima del interés colectivo y que conduce necesariamente a un sistema político de corte liberal y, en segundo lugar, una visión donde el cuerpo social prima sobre el individuo al punto de desaparecerlo que dan paso a sistemas políticos comunistas y socialistas.

Desde una posición individualista bastará únicamente la voluntad de poder del hombre para desarrollarse dentro de una sociedad y desplegar al máximo sus capacidades frente a los demás individuos. Esta antropología enaltece la autonomía frente a la libertad conduciendo, en el terreno de la política, al liberalismo exacerbado que propone Robert Nozick.¹⁴ En este sistema la intervención del Estado o autoridad regulatoria deberá ser siempre mínima y cuando suceda deberá orientarse a la protección total e innegociable de la autonomía individual y de la propiedad privada.¹⁵

Desde la segunda postura, una antropología comunista, el Estado regula las relaciones de sus ciudadanos desde la visión igualitaria perdiendo de vista las necesidades individuales y concretas de cada persona en cada circunstancia,

¹⁴ Nozick, R. *Anarquía, Estado y Utopía*. México: FCE, 1988.

¹⁵ Locke, J. *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. Madrid: Alianza. Disponible en el sitio: < http://cinehistoria.com/locke_segundo_tratado_sobre_el_gobierno_civil.pdf>. Fecha de última consulta: 23 de septiembre del 2016.

así, la persona desaparece en la masa y ésta predomina por encima del mejor interés.

Existe, no obstante una visión intermedia que sería la postura comunitarista propuesta por filósofos contemporáneos como Michael Walzer y Alasdair MacIntyre en donde el ser humano adquiere un valor dentro de su comunidad en la medida en que, a partir de sus acciones restituye el valor social. Esta corriente defiende el carácter estrictamente social del ser humano bajo los conceptos aristotélicos de justicia que conducen a una armonía con el todo.¹⁶ Aquí ya no se trata de darle prioridad al individuo o a la sociedad sino de armonizar ambos justificando la necesidad que tienen de interactuar y conciliar intereses. Así el ser humano descubre que los bienes que más le conviene perseguir y luchar por, serán aquellos que no sólo le brinden una satisfacción personal sino comunitaria.¹⁷

IV. La dignidad humana: ¿discurso o realidad?

La modernidad y su idea de progreso favorecieron por un lado, la aparición de antropologías de corte humanista que rescataban el ideal de ser humano a partir de su racionalidad y de su voluntad que le permitían obrar según los universales de Bien y de Verdad inscritos en su propia naturaleza, y por el otro lado, la Modernidad también gestó las más atroces ideas respecto del hombre.¹⁸ La aparición del Estado dio lugar a la concepción del homo aeconomicus fortalecido por la Economía de Adam Smith reduciendo al hombre a su carácter de motor social de lucro y acumulación de riquezas. Locke y Hobbes, por su parte, promoverán el primero la autonomía y la libertad a costa de los demás y el segundo la incapacidad para establecer vínculos sociales sanos entre

¹⁶ MacIntyre, A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 1987.

¹⁷ Cfr. Prado, Javier. *Salomón en la encrucijada*. Palma de Mallorca, Calima, 2004. P. 36.

¹⁸ De esta manera, después de la Segunda Guerra Mundial la barbarie referida por Horkheimer y Adorno resulta ser el lugar común de toda racionalidad moderna. Cfr. Horkheimer, M. Adorno. T. *Dialéctica de la Ilustración*. Prólogo. Madrid: Trotta, 2004.

la raza humana resaltando su característica rivalidad y violencia en el fondo de su naturaleza.

Así, la idea de dignidad queda suspendida en el debate moderno pero es retomada por los autores posmodernos en tanto que a partir del nihilismo promulgado por el desencanto de la modernidad, es posible recuperar el sentido humanista.¹⁹ Así, autores como Gianni Vattimo y Jean Francois Lyotard a partir de su idea de pensamiento débil y de diferencia que retoma la diversidad y los no lugares de la voz pública como plataformas a partir de las cuales volver a lanzar el grito de la humanidad que pugna por ser y que lucha por recuperar su dignidad.

Cierto es que la noción de dignidad utilizada por los romanos para resaltar el honor o la nobleza²⁰ o el valor propio de los soldados que luchaban en el frente de batalla, cobra su plena significación en la tradición judeo-cristiana a partir del logos A-SARKOS que se encarna, esto es, el momento de la kénosis o encarnación del hijo de Dios que se hace hombre y con ello le confiere a la vida humana un carácter divino; esta divinidad de la humanidad es el valor que reclama la dignidad humana y que es expresado en la categoría de “hijos e hijas de Dios”.

Con independencia del sentido religioso al que remite, desde la tradición judeo-cristiana, la idea de dignidad, es indudable que, a lo largo de la historia han existido múltiples interpretaciones y esfuerzos por resaltar que el ser humano, el sujeto de derechos, lo es en función de que existe en él algo que supera sus características físicas extinguidas y maleables, un valor que no se agota con su formulación pero que tampoco se limita a su expresión.

Por último y para perfilar el cierre de este apartado es preciso hacer una

¹⁹ Para fortalecer esta idea se sugiere la lectura del capítulo tercero de la obra *El Dios escondido de la posmodernidad* de Carlos Mendoza-Álvarez. México: ITESO/Universidad Iberoamericana, 2009.

²⁰ De Rosa, G. *La dignidad de la persona humana*. México: IMDOSOC, 2005. P. 9.

aclaración desde la antropología filosófica, a saber que en el ser humano hay dos niveles claramente distintos: el nivel ontológico y el nivel axiológico.

El nivel ontológico de la persona hace alusión directamente a su “ser” esto es a su ser despojado de sus características físicas, sociales, políticas, económicas, se trata aquí, en esencia, de la naturaleza humana, de aquello que en términos Aristotélicos hace que el hombre sea hombre y no pueda ser otra cosa, de su esencia. Este nivel lo posee todo ser humano por el simple hecho de ser persona y su característica fundamental es que no puede ser alterado; su naturaleza humana no puede ser ni más ni menos, es decir, no hay en ella gradualidad ni jerarquía porque es una y única. Es pues en este nivel en donde debe situarse la noción de dignidad humana y que por lo mismo, permanece inalterable y no puede perderse jamás ya que perderla implicaría dejar de ser persona y comenzar a ser algo más y dado que la transmutación de esencias es algo lógicamente impensable y realmente improbable queda descartada esta opción.

Ahora bien, el nivel axiológico de la persona es el nivel de sus acciones²¹ a las cuales les imprime valores (axios=valor) y por lo tanto las ordena gradualmente, las jerarquiza y las modifica según sus intereses y circunstancias siempre cambiantes; por lo tanto, este nivel sí es susceptible de ser graduado porque en él coexisten las acciones que perfeccionan al hombre en su naturaleza y las acciones que lo alejan de su perfeccionamiento. En términos morales, este es el nivel en donde la persona hace acciones buenas o acciones malas; desde la ética, acciones éticas o acciones no éticas. Ahora bien, si la persona actúa necesariamente ya que lo propio de su naturaleza dinámica es la acción, entonces sus acciones estarán sometidas al discernimiento que de ellas realice en cada circunstancia determinada y, por ende, éstas siempre cambiarán y el

²¹ Para Rodrigo Guerra este nivel se constituye en una experiencia del sí mismo (nivel ontológico) en donde interviene la conciencia y la voluntad. Cfr. Guerra, R. *Afirmar a la persona por sí misma*. México: CNDH, 2003. Pps. 56-59.

nivel axiológico siempre será susceptible de ser modificado.

El análisis anterior permite extraer la conclusión de que las acciones no determinan en definitiva al ser humano y por lo tanto no pueden quitarle o aumentarle su dignidad ya que ésta se sitúa en el nivel ontológico. Dicho muy simplistamente, el ser humano no necesita hacer nada para ganar o para perder su dignidad porque ésta ni se gana ni se pierde, se nace con ella y se mantiene a lo largo de toda la vida con independencia de las acciones que el hombre ejecute en su día a día.

V. Conclusiones

Se ha abordado el misterio del ser humano desde su concepción como persona y su conformación como espíritu encarnado, apuntando a que en él existen dos componentes que son de igual importancia para su actuar y para su relación con otros, a saber, cuerpo y alma.

De esta forma se puede decir que el ser humano obtiene un especial lugar en medio de otros seres y un incalculable valor sobre éstos ya que, como decía Kant, mientras que las cosas tienen precio y son intercambiables, las personas tienen dignidad y por ende, no lo son.²²

El ser humano es capaz de comportarse a la altura de su esencia en el momento en que entiende que no está aislado del resto de sus semejantes sino que es uno con ellos así, en términos de Buber,²³ del “tú” y del “yo” sobreviene el nosotros y, por ello, el ser humano se realiza plenamente. Lo que posibilita este encuentro es, por un lado: su inteligencia que lo dirige a la verdad y, por el otro lado, su voluntad que lo orienta y conduce al bien, así mismo, su sentirse y saberse un ser social le hace salir al encuentro con otros.

De igual modo, el ser humano posee una dignidad ontológica que no depende del reconocimiento que de la misma se haga ni de los accidentes que la

²² Kant, I. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*. Barcelona: Ariel, 1999. P. 189

²³ Buber, M. *Yo y Tú*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.

acompañen, es y se manifiesta en cada persona de forma única e inviolable, es por ello que la persona no pierde su dignidad ni si quiera con eventos o circunstancias adversas como son los accidentes, las enfermedades o bien las situaciones de violencia a las que puede ser expuesto. Su dignidad permanece más allá de todo eso ya que se sitúa en un nivel que no es modificable ni corruptible.

Por todo lo anterior, hablar del ser humano es hacer mención de un misterio al cual sólo podemos aproximarnos cuando seamos capaces de descubrir lo profundo de su ser y de reconocer lo maravilloso de su existencia, siempre en relación, siempre dinámica pero siempre cautivadora.

Estudiar, pues, desde la mirada filosófica al ser humano implica, ante todo, ser aquello que estudiamos, es decir, implica ser seres humanos y sólo siendo conoceremos y podremos responder a la pregunta inicial: ¿quién es el ser humano?

BIEN, MAL Y VERDAD
¡ESO ES DEL SIGLO XVII!
OBJETIVIDAD DE LA BIOÉTICA

Dr. José Enrique Gómez Álvarez

Resumen

La opinión significa pronunciarse sobre la verdad o falsedad de un juicio, por ejemplo, "Este trasplante debe intentarse en esta persona". Este juicio implica que conocemos juicios verdaderos no opinables: La persona necesita trasplante. Este órgano es el que requiere entre otros.

- La verdad. La adecuación de la mente con la realidad. En ese sentido no hay verdad con mayúscula, sino verdades que podemos corroborar y teorías que podemos comparar con la realidad para examinar cuál expone mejor cómo es el mundo.
- La certeza. Es la percepción subjetiva de estar en la verdad. Puede haber certezas falsas, por lo que siempre hay que corroborar las mismas. Asimismo hay que considerar que posiblemente alguien afirma que entiende un asunto de tal modo y realmente tiene certeza de ello.
- Falacia. Es un error del razonamiento. Por ejemplo, Que se afirme: "Cómo usted es un conservador religioso su defensa del embrión está equivocada". Aquí se ataca las condiciones de la persona y no el argumento mismo.



Lo que se debe siempre insistir es en examinar la evidencia puntual y el argumentar y no atacar los defectos reales o ficticios de las personas.

- Ignorancia. Es la ausencia de conocimiento relativo a una realidad.
- Duda. Es la suspensión de juicio. Cómo se tiene evidencia con el mismo peso respecto a la verdad o falsedad de una proposición se requeriría recabar más datos.
- Mal. Ausencia de una perfección debida. Así normalmente el estar con audición suele ser la norma, cuándo se produce un fallo se da la sordera, que es falta de audición. Sin embargo hay muchos casos donde no sabemos con certeza el mal o bien que se produce.
- Bien. Las presencia de una perfección debida. Esta perfección puede ser moral; una virtud o física, ser más alto que otros que juegan basketball.
- Tolerancia. La virtud de reconocer que las forma de vida pueden no compartir las mismas metas. Tolerancia no hace referencia las ideas sino a las personas. Así si alguien se equivoca y se le muestra su error, no es “intolerancia”.

I. Planteamiento del problema¹

Es clásico señalar que no existe la verdad. En diversas ocasiones hemos escuchado personas que en determinadas circunstancias afirman “No hay verdad”, “todo es relativo”, “es cuestión de enfoques” y expresiones semejantes. Esto en algunas ocasiones sugiere una especie de relativismo cognoscitivo o escepticismo light.

Conviene tener presente que en este tipo de actitud se esconden una serie de supuestos, que en cierto modo, no tienen nada de racionales:

En sentido filosófico, y en líneas generales, escepticismo

¹ Esta sección, con pequeñas modificaciones, fue publicada previamente en Gómez Álvarez, José E. et al (2001). En torno a la verdad y los derechos humanos. Universidad Anáhuac, México.

es la actitud que –tras realizar el aludido examen– concluye que nada se puede afirmar con certeza, por lo que más vale refugiarse en una “epoje” o abstención del juicio (...)

“Lo light lleva implícito un verdadero mensaje: todo es ligero, suave, descafeinado, liviano, aéreo, débil... La palabra light, en principio, tiene una connotación positiva respecto a la alimentación... hoy constituye un término emblemático de los tiempos que corren... La vida light se caracteriza porque todo esta descalorizado, carece de interés y la esencia de las cosas ya no importa, solo lo superficial es cálido”.²

Este tipo de expresiones o actitudes son más bien voluntaristas. Es decir, el hombre, en todas las épocas, ha sentido la necesidad de no exigirse demasiado, debido a las dificultades reales o aparentes ante la vida. Pero en el siglo XXI se ha agudizado dicho fenómeno. Uno de los grandes temas de nuestros días, que refleja esta actitud, es la llamada “tolerancia”, entendida ésta como que no hay que imponer la verdad a cualquier costo, ya que esto conlleva a abusos contra la persona humana.

Sin duda, en la búsqueda de la tolerancia se planteó como objetivo la sustitución de un mal mayor por uno menor. Conviene en un momento dado tolerar el error para evitar violencia o males mayores. El problema es que esta búsqueda se convierta en fin en sí mismo. A menudo, se busca una “tolerancia absoluta” debido a lo que en el fondo se desea que no se le exija demasiado a uno. Esto es manifiesto en diversos ámbitos de la vida cotidiana. Es más sencillo cuestionar un método de evaluación de un sistema escolar porque me compromete menos. Si total, dicen algunos, es “cuestionable”, ¿Por qué no tengo que esforzarme en aprenderlo?

² Rojas, Enrique, *El hombre light , una vida sin valores*, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 1998. Pp. 81-82

Nótese que aquí no se afirma aquí la llamada “actitud crítica” sana: la que nos lleva a replantearnos de nuevo lo que hacemos en nuestra vida. El hacer un alto para reflexionar sobre las metas y medios que utilizamos. Eso es sensato y adecuado. El problema viene cuando ese alto es concebido como una evasión y no como un medio para reafirmar o reestructurar los compromisos.

En el fondo, esa actitud poco comprometida revela algo importante: la verdad conlleva a la acción. Es decir, el ser humano no vive su vida en ámbitos meramente teóricos o meramente prácticos. Eso es incorrecto o mejor dicho no concuerda con los hechos. Sin duda, cuando se considera algo falso, causa desinterés o explícito rechazo. Al contrario, cuando se encuentra algo verdadero, nos ilumina o señala algo que nos obliga a considerar que sucede con nosotros frente a ello. Pero sin duda, cuando se apuesta la idea de que todo se puede dudar, naturalmente conduce a la indiferencia. Y eso de nuevo nos lleva a lo señalado al comienzo: la falta de compromiso. Si yo pienso, por ejemplo, que todas las religiones son “iguales” a la larga conduce a rechazarlas a todas, porque todas se convierten en igualmente dudosas. Es semejante sostener la afirmación “todas las opiniones son igualmente valiosas”. Si realmente se considera eso así nos lleva a la consecuencia de que en verdad no es importante, porque “todas valen lo mismo”. Si todo resulta igual, genera la auténtica falta de crítica, es decir, de discernimiento acerca de lo que las cosas son. Hay una pérdida del reto de descubrir lo verdadero: “vivir en la verdad y de la verdad conduce a lo que podríamos denominar vida lograda, plena, profunda, repleta de esfuerzos, natural y sobrenatural a la vez”. Se encuentra, en conclusión, en vínculo entre la verdad y lo existencial que es innegable.

II. Opinión y verdad: un ejemplo en la Bioética

Un tema tradicional de la Bioética es la llamada eutanasia. La discusión parece interminable y quizá lo sea, debido a la complejidad para tomar decisiones sobre los límites de la vida. Un ejemplo de esto es el planteamiento reciente

acerca de la eutanasia en menores de edad. De hecho en una noticia publicada por CNN México y titulada: “Padres de niños enfermos terminales, a favor de la eutanasia en Bélgica”,³ plantea los dilemas que enfrentan los padres respecto a este tema. Se señala si es una cuestión de sólo principios (personales), si es una cuestión de racionalidad de los menores, entre otras.

Este tema ilustra bien una tendencia del día de hoy de considerar la opinión como irrefutable o relativista: “tú opinión no es mi opinión y las dos valen igual”. Es decir, se confunde con mucha facilidad el respeto a la persona, como, si en automático, fuese respeto a cualquier idea del otro. De ahí que hay que distinguir esa sobre dimensión de la opinión y admitir sin más que debe haber un referente común en donde guiar la discusión.

Así, retomando el ejemplo de la eutanasia habría que resaltar cuando hablamos de “autonomía” en las decisiones del paciente o sus “principios privados” en el ámbito clínico:

1. La respuesta (ética) de qué puedo yo decidir respecto a mi persona es considerar la naturaleza biológica que estamos interviniendo, con los efectos que tendrá en el ámbito de mi acción.
2. Las decisiones éticas implican la naturaleza biológica pero no se reducen sólo a ella.

En cuanto al primer tópico, el ideal de la autonomía, de por ejemplo, someterme a una cirugía agresiva y/o riesgosa, depende sólo de qué pienso o deseo. Cuando consideramos con atención una decisión de este tipo, solemos considerar los efectos sobre mí y los demás, ¿quedaré peor que antes? ¿Cómo afectará esto mi relación con los demás? ¿tengo responsabilidades personales

³ En: <http://mexico.cnn.com/mundo/2013/11/30/padres-de-ninos-enfermos-terminales-a-favor-de-la-eutanasia-en-belgica>

(sociales) qué me permitan tomar el riesgo o no?... etc. Lo que quiere mostrarse con estas preguntas es que la decisión autónoma no es el capricho del yo racional qué decide sobre el mundo, sino de un yo relacionado con el mundo, qué para tomar la mejor decisión posible, tendrá que considerar el bien (no sólo el bienestar) que genere su acción. Así la decisión no es la mera opinión personal, sino hay que reconocer que hay algo en la naturaleza humana y social que tenemos que considerar para valorar si nuestras decisiones son racionales.

Llevado a nuestro tema, la decisión de no someterse a tratamientos insostenibles o de acortar la vida por medio de una intervención médica nos obliga a preguntarnos lo anterior. No basta afirmar qué hay dolor insostenible, sino qué implica en el entorno biopsicosocial del niño. La noticia hace una alusión a esta idea cuando señala: "... La enfermera de cuidados paliativos, Sonja Develter, especializada en el cuidado de fin de vida de los niños, dice que entre los 200 niños que ella cuidó hasta su muerte, ella nunca conoció a un niño que le pidiera morir rápidamente. 'La principal preocupación de los niños es siempre para la familia', dijo. 'Es difícil para un niño, porque él siente que está escapando, pero él no puede decir a sus padres porque no es eso lo que ellos quieren oír'".

En cuanto al segundo aspecto qué quiero resaltar es qué por supuesto, no podemos desligarnos de nuestra biología, dependemos de ella para tomar decisiones éticas. Acaso, alguien no ha tenido, por mencionar algún caso, ¿tener que abstenerse del café porque le genera migraña? Lo anterior nos lleva en consecuencia a entender que la mayoría de las decisiones éticas que implican dilemas de qué valores hay que cuidar, requiere un pensamiento dispuesto a revisar todos los niveles posibles de respuesta aún a costa, como es connatural del hombre a equivocarse y admitir el error.

Entonces también es correcto decir que hay verdades o sea juicios que

al compararlos con la naturaleza o los hechos nos permite afirmar si son verdaderos o falsos. En el ejemplo de la persona que le afecta el café. Podemos decir que el juicio:

Al Sr. X cuando toma café es causa que le produzca migraña.

Es verdadera, es decir, hay un estado de cosas, una causa física bien delimitada que explica el daño a la persona y qué además, podemos corroborare empíricamente. En este caso no estamos en el campo de lo opinable.

De ahí que la afirmación: “todo es opinable” es claramente falsa.

Esto no quiere decir, no obstante, que haya afirmaciones de las cuales no tenemos, nadie, certeza ni información suficiente para determinar lo malo y lo bueno. Así puede suceder que un determinado tratamiento o terapia, tengamos evidencia contraria: a veces resulta benéfica y a veces falsa. A esto se le llama perplejidad moral. No se puede tomar una decisión con base en los datos disponibles. En estas circunstancias conviene entonces o abstenerse de actuar o reconocer que puede haber riesgos, pero actúo. Aquí no es posible determinar la dirección correcta, pero solo tomar precauciones.

No obstante también hay que insistir en evitar la idea equivocada de que para “lo bueno hay solo un camino”. En realidad, a veces, diversos cursos de acción son moralmente legítimos. Por ejemplo, una persona puede tener necesidad de atenderse una enfermedad y puede realizarse con tratamiento farmacológico o con cirugía. Los dos pueden buscar un bien objetivo, los medios son razonables, pero los efectos deseados pueden variar de uno a otro.

III. Conclusión: la idea de diálogo como búsqueda de la verdad

También hay que señalar que una acusación frecuente es que la persona no “está dispuesta al diálogo”. Se ha confundido, de nuevo, la tolerancia que señalamos más arriba de escuchar a la persona, con “tener que estar de acuerdo con ella”. Hay afirmaciones y posiciones que son falsas y no es intolerable de-

cirlo así. La pseudomedicina es eso “pseuso”. Se han demostrado la eficacia e ineficacia de ciertos procedimientos, así que el no darle el mismo peso un argumento en torno a ese tema, en el ejemplo, no es estar “cerrado al diálogo”.

Cuando alguien “solicita diálogo” es que considera que algo de la realidad ha quedado fuera de lo que se quiere comentar o compartir. Aún en el diálogo de negociación, se busca tener algún elemento común en donde llegar a acuerdos. Ese elemento común tiene que de algún modo poder ser confirmado por alguien distinto a nosotros. Resultaría por demás extraño defender que quiero un diálogo sobre los “tucurutos” y cuando se me pregunta ¿Qué es eso? Y se responde que “algo que sólo conozco yo y del cual no hay modo de comunicártelo”.

En este aspecto, el diálogo aunque tenga finalidades diferentes investigación, negociación, investigación científica, pedagógica de persuasión o el que sea, tiene un supuesto fundamental: se puede alcanzar algo de la realidad y lo podemos constatar los que participamos en el diálogo. Si esto no sucede, es sencillamente sometimiento o autoengaño.

Pero falta otro elemento importante, para que un diálogo tenga condiciones para operar, es decir, en donde el que habla es escuchado y viceversa, requiere que al menos de primera instancia se considere digno de confianza al otro. Si, en serio, considero que el “otro” no tiene ninguna intención de encontrar la verdad, es imposible establecer ninguna comunicación.

Agregaría solamente a lo anterior algo crucial: en la búsqueda de la verdad es posible que no se llegue a ningún acuerdo. El diálogo como tal no garantiza acuerdos, es un camino de búsqueda del conocimiento, pero como tal ese conocimiento obliga a los que participan a reconocer eso.⁴ Por eso puedo buscar diálogo por algo que considero injustamente valorado y en el transcurso del mismo descubro equivocación mía. En ese sentido no puedo llegar a ningún

⁴ Casi estoy citando el texto de Carlos Llano *Las formas actuales de la libertad*, México, Trillas, pp. 169 y ss.

acuerdo entendido como que se me debe “conceder” algo. En este sentido sí es una utopía pensar que el diálogo soluciona todo.

En el diálogo, como ya señaló Llano, se requieren dos condiciones mínimas:

1. Confianza con el interlocutor.: Si de inicio considero que el dialogante pretende engañame o no es digno de confianza, es claro, que es inútil cualquier intento de llegar a juicios verdaderos con una realidad a la cual los que dialogan puedan confrontar.
2. Una realidad a donde comparar nuestras afirmaciones o propuestas: Así en relación a lo señalado, por más diálogo que exista debe haber una realidad donde podamos contratar las opiniones y realmente encontrar verdades, nos llevan o no a una solución.

Sin estos elementos, sencillamente se convierte en una serie de monólogos.

Referencias

- Beuchot, Mauricio. Filosofía y derechos humanos. Siglo XXI. México.
- Beuchot Mauricio. *Hermenéutica Analógica, pluralismo cultural y subjetividad*. Editorial Torres Asociados, México, 2000.
- Gómez Álvarez, José E. et al. *En torno a la verdad y los derechos humanos*. Universidad Anáhuac, México, 2001.
- Gómez Álvarez, José E. Hamill Meléndez, E. “Persona Humana”. En *Tanatología y Bioética*. Corinter, México, 2009.
- Gómez Álvarez, José E. *Los trasplantes*. Universidad Anáhuac, México, 2003.
- Gómez Álvarez, José E. *La clonación*. (2003). Universidad Anáhuac, México, 2003.
- Gómez Álvarez José E. “La idea de diálogo”. En Ruiz Healy Times. Mé-

xico, 2016. En: <http://www.ruizhealytimes.com/cultura-para-todos/la-idea-de-dialogo>

- Gómez Alvarez, José E. Lógica ilógica. Selector, México, 2011.
- González, J. Filosofía y ciencias de la vida. Fondo de Cultura Económica, México 2009.
- Rojas, Enrique, El hombre light, una vida sin valores. Edificiones Temas de Hoy, Madrid, 1998.
- Verneaux, R. Epistemología general o crítica del conocimiento. Editorial Herder, Barcelona, 1989.

LAICIDAD DEL ESTADO ¿QUÉ SIGNIFICA?

LAICIDAD Y LAICISMO

Dr. José Enrique Gómez Álvarez

Resumen

- Bioética laica y bioética religiosa. A menudo se ha hecho una contraposición entre la llamada bioética laica y la bioética religiosa como contrapuestos en fines y método.
- Laicismo. Por “laico” suele entenderse a veces que es inmencionable o indiscutible un punto de vista religioso. Es básicamente expulsar lo religioso de la vida pública. Este sentido es ingenuo ya que las posiciones religiosas sí condicionan el actuar.
- Laicidad. Por “laico” suele entenderse también que el Estado no toma postura ante lo religioso, en el sentido de no apoyar en circunstancias desiguales a ninguna fe religiosa. Este sentido es aceptable. Significa limar diferencias y garantizar la expresión de las religiones sin apoyar a ninguna en cuanto al contenido concreto.
- Funciones del Estado. El Estado no está obligado a perseguir todo mal social. Sólo los más graves como el homicidio. Pero incluso otros se toleran y regulan debido a la desproporción de recursos y daños que provoca el

- perseguirlos. La discusión tradicional son las drogas, legales o no.
- Objeción de conciencia. Significa que una persona o un grupo se niegan a seguir cierto ordenamiento jurídico aceptando las consecuencias legales del mismo. Se suele utilizar para señalar que una ley es incorrecta, desproporcionada o inaplicable. Sin embargo se debe evitar cuando se encuentre en peligro la vida humana, por ejemplo, en los servicios médicos de emergencia.
 - Desobediencia civil. Cuando un grupo se niega a obedecer una ley establecida aceptando las sanciones respectivas.
 - Derecho Canónico. Código que rige la vida de la Iglesia Católica.

I. Introducción: lo “laico” como estatuto para disminuir conflictos entre grupos sociales contrapuestos

Una pregunta frecuente a nivel político es si se puede oponerse a una ley civil por causas religiosas. Bueno esta cuestión tiene dos respuestas plausibles:

1. La primera reconocer que no se puede hacer nada en contra de las leyes establecidas por el Estado. Así en la Constitución¹ se indica en el artículo 130:

“Los ministros no podrán asociarse con fines políticos ni realizar proselitismo a favor o en contra de candidato, partido o asociación política alguna. Tampoco podrán en reunión pública, en actos del culto o de propaganda religiosa, ni en publicaciones de carácter religioso, oponerse a las leyes del país o a sus instituciones, (...) No podrán celebrarse en los templos reuniones de carácter político (...) Los actos del estado civil de las personas son de la exclusiva competencia de las autoridades administrativas en los términos que establezcan las leyes, y tendrán la

¹ <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>

fuerza y validez que las mismas les atribuyan.

Las autoridades federales, de las entidades federativas, de los Municipios y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, tendrán en esta materia las facultades y responsabilidades que determine la ley”.

Entonces surgen los conflictos clásicos: ¿Se debe obedecer una ley que considero –a título individual o grupal– injusta?

La premisa general es más que clara: Si existe una ley a favor del aborto, aprobada con los mecanismos legales pertinentes, el manifestarse en contra de esas leyes, es decir, sugerir, proponer el no cumplirlas, o sea desobedecerlas es castigado. Esto no implica no obstante decir que están mal, pero no el hecho de proponer su desobediencia. Esto también aplica a los ciudadanos comunes, creyentes o no, cuando violentan garantías individuales (y que de hecho hoy se consideran derechos humanos de acuerdo a la reforma constitucional). Así si una familia tiene personas en esclavitud en su casa, se les castiga. Se entiende que no basta que hubiese un consentimiento de los que viven así. Aunque ellos renunciasen a su libertad sin embargo se perseguiría. Incluso acercándonos a la letra de la ley: el hacer propaganda esclavista (en contra del art.2), aunque no tenga ningún esclavo, es motivo de sanción.

La segunda aparte subrayada es también importante: el registro o mejor dicho el estado civil de las personas. Este ilustra, a mi parecer mejor la disyunción que nos permite evitar los dos extremos: la sociedad integrista teológica y por el otro extremo, la sociedad laicizante. El estado civil, desde el punto de vista del Estado, no concuerda de facto ni de jure con alguna creencia religiosa. El ejemplo simple es la procreación y el divorcio. Mientras, que para los católicos la posibilidad de procreación y el tener la intención explícita de tener hijos es condición esencial del matrimonio, desde el punto de vista civil, no. Las personas se consideran casadas, aunque una de ellas, se encuentra

imposibilitada, por ejemplo, para tener relaciones sexuales. O si por ejemplo una pareja se casa y no tienen ninguna intención de tener hijos y utilizan los métodos que consideren apropiados, para el Estado tienen las mismas obligaciones y derechos que cualquier otra pareja en ese estado civil. Para la Iglesia Católica no obstante, esas parejas no están casadas.

La neutralidad del Estado quiere decir, que dentro del marco legal existentes, no puede apoyar a un grupo o creencia, en cuanto creencia. Eso también implica no inmiscuirse en los asuntos internos de las creencias, mientras no violen la ley. Así el abstenerse de beber alcohol, no violenta a nadie, siempre y cuando no quiera impedir que otros beban.

II. ¿El Estado persigue todo?

Así pues, hay dos caminos con las leyes civiles: o se desobedecen o se obedecen. Si se desobedecen entonces deben asumirse las consecuencias legales de las mismas. Esto se le ha llamado desobediencia civil. O de plano, obedecer la ley. La discusión desde el punto de vista religiosa es tema antiguo. Incluso en pensadores cristianos medievales se lo plantearon. Así señala Tomás de Aquino:

La ley, según ya expusimos (q.90 a.1.2), es instituida como regla y medida de los actos humanos. Mas la medida debe ser homogénea con lo medido por ella, como se señala en X Metaphys, pues diversas cosas tienen diversa medida. Por lo tanto, las leyes deben imponerse a los hombres en consonancia con sus condiciones, ya que, en expresión de San Isidoro, la ley ha de ser posible según la naturaleza y según las costumbres del país. (...) De aquí que también deban permitirse a los hombres

imperfectos en la virtud muchas cosas que no se podrían tolerar en los hombres virtuosos (...). La ley humana trata de conducir a los hombres a la virtud, pero no de golpe, sino gradualmente. Por eso no impone de pronto a la masa de imperfectos aquellas cosas que son propias de los ya virtuosos, obligándoles a abstenerse de todo lo malo. Pues de otro modo los imperfectos, al no poder soportar estas imposiciones, caerían en males mayores.²

Así cuando el Estado toma una postura laica, significa que debe convertirse en un actor que disminuya los conflictos entre los agentes sociales, no tomando partido en cuanto el tema religioso. Pero aún en ciertos temas que puede considerar una creencia religiosa como punibles, el Estado lo deja a la libertad en cuanto que puedan desarrollarse otros bienes sociales. El Estado, de hecho debe permitir el desarrollo de algunos aspectos religiosos que no se comparten desde la perspectiva del mismo, pero que no interfiera con sus acciones de Estado. El ejemplo en temas de bioética es el aborto y más recientemente los matrimonios entre el mismo sexo. El Estado debe permitir así que las iglesias realicen, respecto a estos temas con sus feligreses lo que deseen, pero siempre y cuando no intenten anular la ley por vías no constitucionales. De este modo, en el culto del templo puede proponerse u oponerse al aborto provocado, mas no llamar a bloquear las instituciones del Estado o a discriminar al que abortó en el trabajo. En el tema del matrimonio análogamente: la Iglesia Católica, por ejemplo, puede afirmar a los feligreses, que sólo ella reconoce el matrimonio en el sentido sacramental y exigir al Estado que no le impide realizar sus ceremonias religiosas en ese sentido. Así laico significa no me meto en tus asuntos y promuevo dentro de lo posible tu actividad.

² Suma de Teología. I-II, q. 96, art. 2. Argentina, 2002. En: <http://hjjg.com.ar/sumat/b/c96.html#a2> [7 de enero de 2017].

III. Lo laico como el reconocimiento de la Realidad de la diversidad religiosa: ¿realmente defienden lo mismo todas las religiones?³

El Estado, desde la época Moderna debe lidiar con posturas contrapuestas de lo que es mejor para las personas. Dicho de otro modo, defiende ciertos mínimos que se consideran valores fundamentales del Estado Moderno: la solidaridad, la democracia, el pluralismo ideológico y de vida. Estas maneras de actuar dentro del Estado pueden y de hecho son contrapuestas, es decir, lo que un grupo considera la mejor manera de vivir la vida, otro lo considera nefasto y no aceptable. Por supuesto se encuentran posiciones intermedias entre estas dos versiones. Uno de los factores que condujo al establecimiento del Estado Moderno fue la lucha religiosa o las guerras religiosas europeas del siglo XVI- XVII.

Un ejemplo, probablemente excesivo, de injerencia del Estado fue la implementación “obligatoria” de la Carta de laicidad en Francia.⁴ Me parece que la carta sigue obedeciendo a esa ilusión moderna de la unidad metodológica y uniformadora de la realidad. Simplificando un poco, se intenta esa realización abstracta y universalizante, que a mi modo de ver se enfrenta a obstáculos insalvables. El mismo primer artículo dice:

“1. Francia es una República indivisible, laica, democrática y social. Se garantiza la igualdad ante la ley en todo el territorio y a todos los ciudadanos, y se respetan todas las creencias”.

El problema es qué hay creencias incompatibles, ¿cómo respetarlas? Una estrategia ha sido el separarla en ámbitos “público” y “privado”. Sin embargo, es claro imaginar escenarios donde esta división es impracticable. Si yo

³ Una versión anterior de esta sección fue elaborada para el Blog del pensamiento complejo en Multiversidad Mundo Real.

⁴ Janz Pérez, S. “La carta de laicidad en la escuela francesa”. *Reditor.com*, 02102013. Consultado el 7 de febrero de 2014. <http://www.reeditor.com/pdf/11021/26/ciudadania/la/carta/laicidad/la/escuela/francesa>

creo qué

“El alcohol debe evitarse en toda circunstancia porque altera la conciencia y lo manda el Corán”.⁵

Y ahora comparemos con el artículo 2 de la Carta:

“La República laica organiza la separación entre religión y Estado. El Estado es neutral con respecto a las convicciones religiosas o espirituales. No hay religión del Estado”.

Es comprensible, y sin duda, un logro de la Modernidad, el que se busque dentro de los Derechos Humanos de primera generación, el respeto y tolerancia y en ese sentido, no hay religión que profese “abstractamente” el Estado. El problema complejo, sin duda, es la aparente neutralidad de las convicciones. El mismo estado Francés, cuando prohibió el uso del velo islámico en las escuelas, no mantuvo una neutralidad axiológica. Claro, que podrá insistirse en que racionalmente la vía correcta es suprimir las manifestaciones religiosas obvias. Y ¿si profeso una religión no muy conocida y llevo, por decir algo, un signo en la camiseta? O qué sucede con lo político? ¿Podré llevar una camiseta del Che Guevara?, en suma, ¿Por qué? ¿Bajo qué supuesto?, ¿No es lícito qué manifieste que creo, por decir algo en los signos astrales?⁶ O en el caso que hemos ejemplificado, el no aceptar un brindis por el uso de alcohol y dar mis razones y motivos para ello. ¿Por qué no sería una auténtica tolerancia el respetar las manifestaciones de todas las creencias incluso aunque algunas de ellas me parezcan irracionales?⁷

⁵ ¿¡Vosotros que creéis! Ciertamente el vino, el juego de azar, los altares de sacrificio y las flechas adivinatorias son una inmudicia procedente de la actividad del Shaytán; apartaos de todo ello y podréis tener éxito. (90) Realmente el Shaytán quiere desencadenar entre vosotros la enemistad y el odio, sirviéndose del vino y del juego de azar, y así apartaros del recuerdo de Allah y del salat. ¿No desistiréis? (91) Y obedeced a Allah, obedeced al Mensajero y tomad precauciones. Y si os apartáis, sabed que a Nuestro mensajero sólo le incumbe hacer llegar el mensaje con claridad”. (Sura 5, verso 89-91). Tomado de: <http://www.quranexplorer.com/Quran/Default.aspx>

⁶ Cf. Art. 14 de la Carta.

⁷ De hecho en legislaciones de Derechos Humanos, como el artículo 4º de la Declaración de los Derechos Humanos de la OEA, se reconoce la práctica religiosa como un derecho público y privado. Cf. “Declaración Americana de los Derechos del Hombre”, Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (Consultado el 7 de febrero de 2014). En: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

Dicho en términos éticos, la idea de tolerancia es delimitar en negativo, el no interferir o forzar de modo coaccionado la creencia del otro, pero la cuestión de su planteamiento en positivo, no significa anularlas o decirlos que debe creer. En ese sentido no me parece correcto, en cuanto respeto pleno a la dignidad humana el sostener: “El laicismo no se refiere a una religión en particular, porque precisamente las pone a todas en situación de igualdad. En la escuela de la República no se recibe a pequeños musulmanes, pequeños judíos, pequeños protestantes o pequeños agnósticos, se recibe a alumnos de la República”.⁸

El camino de los bienes humanos no es dicotómico. Regresando al ejemplo referenciado, ¿puede ser adecuado para un musulmán no tomar y a un budista sí o, un ateo? La respuesta es afirmativa, siempre que entendamos que la contradicción está asumida en niveles diferentes, lo que, permite evitar el deontologismo abstracto de “todos ciudadanos, todos mismas normas, luego iguales”.

IV. A modo de conclusión: ¿qué debe o no hacer el Estado?

Así, otro ejemplo claro: los testigos de Jehová rechazan la transfusiones sanguíneas o los derivados de sangre por considerarlo contrario a una cierta interpretación de un libro de la Biblia. El Estado no puede, ni debe, perseguir al que defienda dentro de sus creencias eso. Lo que el Estado sí puede es ofrecer los hemoderivados a todos, si se opone un adulto a eso, no imponérsele, aunque sea en contra de su bien. Y en el caso de menores buscar estrategias de objeción de conciencia para así respetar tanto la creencia de las padres, sin que el Estado deje de cumplir sus obligaciones.

El Estado y la Iglesia, por sanidad de ambos conviene tenerlos separados en sus esferas: ni el Estado le puede dar directrices de lo que los creyentes

⁸ Janz Pérez, S. Op. cit

“deban” creer, ni la Iglesia puede desobedecer leyes sin castigo alguno. Dicho de otro modo: el Estado debe ser laico sin duda, pero no por eso debe impedir el desarrollo y expansión de las iglesias en sus propios campos.

Referencias

- “Declaración Americana de los Derechos del Hombre”, Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (Consultado el 7 de febrero de 2014). En: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- Gómez Álvarez, José Enrique. La desobediencia civil de los ciudadanos: un comentario a la visión de la Iglesia Católica. *La cuestión social*. Año 9 No. 4. 2001. 348-353.
- Gómez Álvarez, José Enrique. La autonomía del menor , bioética y religión: fuente de paradojas. *Hospital Infantil de México*. Vol. 67. Mayo-Junio 2010. 223-229-
- Estrada, Juan Antonio. *Razones y sinrazones de la creencia religiosa*. Editorial Trotta. Madrid, 2001.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto de Investigaciones jurídicas, UNAM, México, 2017. En: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos> [7 de enero de 2017].
- Gómez Alvarez, José E. et al 2001. En torno a la verdad y los derechos humanos. Universidad Anáhuac, México.
- Jaki, S-L- *Fundamentos Éticos de la Bioética*. Ciencia y cultura, Madrid, 2006.
- Tomás de Aquino. *Suma de Teología*. Argentina, 2002. En: <http://hjg.com>.



- ar/sumat/b/c96.html#a2 [7 de enero de 2017]
- Janz Pérez, S. “La carta de laicidad en la escuela francesa”. Reditor.com, 02102013. Consultado el 7 de febrero de 2014. <http://www.reeditor.com/pdf/11021/26/ciudadania/la/carta/laicidad/la/escuela/francesa>
 - Ley de Asociaciones religiosa y culto público. Cámara de diputados. En <https://es.scribd.com/document/147426570/Ley-de-Asociaciones-Religiosas-y-Culto-Publico> [7 de enero de 2017]



II

GENERALIDADES DE LA BIOÉTICA

LA BIOÉTICA Y LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Dr. Oscar Javier Martínez González

¿Qué es?

Se trata de un tema que ha acompañado a la medicina a lo largo de su historia pero que, sin embargo, al caminar más rápidamente el avance de las ciencias y de la tecnología, aunado lo anterior a los cambios de época en los que nos encontramos en cuanto al tema del respeto a la vida y la dignidad de la persona humana, encontramos un alejamiento del trabajo de los profesionistas de la salud en cuanto a su trabajo ante seres humanos en su misma profesión. Una especie de dicotomía entre su preocupación científica, social y económica de su poca preocupación por el bien integral de la persona de sus pacientes.

¿Por qué está bien o mal?

Porque aunque se toma en cuenta la ética profesional en el campo de la salud, la mayoría de las veces se trata de una ética de mínimos. Como si se quisiera permanecer éticamente neutral ante lo que no lo es.

¿Hay excepciones a la regla?

No es que haya excepciones, lo que hay es una “libertad para actuar” mal entendida, desligada, muchas veces, del compromiso que la misma profesión le exige a quien la practica.

Aun habiendo suficientes argumentos legales y normas legales en la práctica de esta profesión, cada quien camina por donde piensa que está bien.

I. Introducción

Los seres humanos tomamos decisiones sobre los diferentes problemas que se nos presentan en la vida todos los días, y los problemas que tenemos que resolver, son cada vez más complicados.

Podemos asegurar que quienes tienen que decidir y resolver los diferentes problemas en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud no la tienen fácil y, frecuentemente, nos encontramos con que quienes tienen la responsabilidad para resolver estos problemas “límite”, no cuentan con la formación necesaria y suficiente para hacerlo.

¿A qué nos referimos con problemas “límite”?

Nos referimos a aquellas situaciones en las que la decisión que se tiene que tomar para poder resolver un problema, tiene que ver con la misma vida y/o con la dignidad de personas humanas.

En el campo de la educación en salud se busca, preferentemente, la formación del conocimiento y de las competencias en los aspirantes a estas profesiones, sin embargo, sabemos que la formación social, cívica y ética no forman parte de los planes de estudios en las diferentes instituciones educativas en nuestro país.¹

La Bioética, la interdisciplina que aparece en el mundo a finales de los sesenta y que se define como el: “Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud exami-

¹ Acceso el 6 de octubre 2016 <http://www.amfem.edu.mx/index.php/publicaciones/libros/14-educacion-medica-mexico>

nadas a la luz de los valores y principios morales”,² se ha ido conociendo a través de los años y se han aplicado algunos de sus principios en diferentes campos: tanto en las ciencias como en las diversas situaciones en las que se le ha encontrado a ésta una aplicación práctica.

La Bioética nos presenta una metodología que ayuda a estudiar, –como lo menciona la definición–, la conducta humana en el campo biomédico, confrontándola con principios y valores, sobre todo, aquellos que tomen en cuenta la vida y la dignidad de la persona humana.

En la historia de la medicina nos encontramos con que han existido ciertas normas de conducta que la han acompañado y que no sólo han sido teóricas, sino que también han sido aplicadas en la práctica.

Nos referimos a códigos deontológicos milenarios como el Código de Hamirabi y el Juramento Hipocrático. Este último, tomaba en cuenta no sólo el bien del paciente, sino también el bien de quienes participaban en la profesión médica, así como el bien de la sociedad en cuanto a su relación con las enfermedades y fungió por muchos años como una guía deontológica para la práctica de la medicina.

En años más recientes, la Ética Médica ayudó a guiar la relación del médico con su paciente, a través de la propuesta de normas y códigos que abonaban en beneficio de los pacientes y de la misma profesión, sin embargo, con el desarrollo de la ciencia y de la técnica en el campo de la atención de la salud, aunado todo esto a la globalización, los problemas se volvieron cada vez más complicados, y la aplicación de principios y valores para dichos campos, más difíciles de llevar a cabo.

En los últimos 45 años la Bioética ha podido iluminar, en el campo de las

² Reich, W.T.(Ed) (1978) *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, N.Y.

ciencias de la vida y del cuidado de la salud, la toma de decisiones difíciles recordándonos que no todo lo que se puede hacer se debe de hacer.

El camino que han seguido las Ciencias de la Salud, desde la segunda mitad del siglo pasado, ha estado dominado por un avance importante en todos los campos gracias a la investigación y al gran desarrollo de la tecnología. Lo anterior ha ayudado, de una forma importante, a mejorar la salud y a incrementar la esperanza de vida en la mayoría de los países.³

Sin embargo, muchos de estos avances han generado nuevas preguntas que en épocas recientes eran impensables, como: el diagnóstico de muerte encefálica, las técnicas de reproducción asistida, los trasplantes de órganos, la experimentación con embriones humanos, la eutanasia, y muchas otras más que seguramente serán tratadas en otros capítulos del presente libro.

Además de todo lo mencionado en el párrafo anterior, habría que añadir una lista interminable de cambios que se han presentado en diferentes campos y que influyen en la toma de decisiones “límite” que hemos mencionado anteriormente: cambios en las leyes, en la economía, en la inclusión de terceros pagadores (seguros), en la medicina social, en la conformación de la sociedad y la familia, en la globalización, en los derechos humanos, en los costos de la atención de la salud y muchos otros más.

Por otra parte, cualquiera de nosotros puede llegar a enfermarse y, en algunas ocasiones, necesitará ser hospitalizado como parte inevitable de la vida, por lo que es importante hacer notar que los pacientes y sus familias, también entran entre quienes tienen que tomar decisiones “límite”.

En estos últimos, es todavía más difícil poder pensar en una formación que pueda ayudar a tomar las mejores decisiones a favor de su dignidad y de su misma vida, sobre todo, cuando los niveles de educación y de formación son todavía muy bajos o, incluso, nulos.

³ Acceso el 6 de octubre 2016. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>

1. Comités de Bioética

Buscado ayudar en la toma de decisiones límite, México ha seguido el ejemplo de otros países desarrollados al proponer algunos cambios en la Ley General de Salud con la finalidad de poder contar con Comités de Bioética en todas las instituciones de salud, que puedan ayudar con su consejo y su experiencia a tomar dichas decisiones límite.

El 14 de diciembre del 2011, se promulgó en México, en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto que adiciona el artículo 41 Bis y reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 41 Bis. “Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud... contarán con los siguientes comités:

“I. Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica [...] así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica [...] Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento”.

“II. En los casos de establecimientos de atención médica que lleven actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, [...]”

“Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los

criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento”.

Artículo 98. “En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán:

- I. Un Comité de Investigación
- II. En caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación[...]
- III. Un Comité de Bioseguridad [...]

2. La Bioética en la relación médico–paciente

2.1 Modelos de la relación médico-paciente

Buscando conocer mejor los diferentes enfoques que se le pueden dar a la relación entre el médico y su paciente, es importante conocer que existen varias características de dicha relación que se toman en cuenta para poder hablar de los distintos modelos que se conocen.⁴

⁴ Sgreccia, E. (2009) Manual de Bioética. BAC, Madrid. p. 285-288

- Los diferentes objetivos que se establecen en la relación médico-paciente.
- Las obligaciones del médico para con el paciente.
- El papel que se le asigna a los principios del paciente.
- El significado que se atribuye al concepto de autonomía del paciente.

Modelo paternalista

Este modelo asume que existen medios objetivos para determinar lo que es mejor para el paciente y, por tanto, que el médico puede decidir con la mínima participación de éste.

El médico se convierte, prácticamente, en el tutor del paciente y sus decisiones prevalecen sobre la autonomía misma del paciente. Es el modelo que por muchos años se ha dado en México y que sigue estando presente en nuestro país.

Este modelo deja en manos del médico todas las decisiones sobre el paciente, con la consecuente falta de participación de parte del mismo así como con su limitación en cuanto al ejercicio de la libertad y, su consecuente responsabilidad.

Un modelo así podría ser válido en situaciones de emergencia, cuando el paciente no puede participar en la toma de decisiones y éstas no dan tiempo a esperar a familiares que se responsabilicen de las mismas. Sin embargo, cuando el paciente o sus familiares pueden participar en la toma de decisiones, es importante que se evite actuar de esta manera.

Modelo contractual

Debido a las dimensiones altamente tecnológicas del ejercicio de la medicina, el paciente tiene cada vez más en cuenta la calidad técnica de la intervención de parte del médico y la relación se reduce a ser entre un usuario y un prestador

de servicios. (Tal como lo define la Ley General de Salud mexicana).

Frecuentemente, este modelo deteriora la relación terapéutica basada en la confianza. En este modelo, la actuación médica se reduce, muchas veces, a la ejecución de las peticiones expresadas por el paciente o su familia con las consecuentes dificultades de parte de la competencia del paciente para tomar decisiones sobre temas que desconoce o que sólo conoce superficialmente.

Se pueden encontrar también limitaciones de parte de la intervención del médico, quien no puede imponer sus convicciones por miedo a ser demandado por parte del paciente.

Finalmente, el modelo ideal de la relación médico-paciente es aquel en el que tanto el médico como el paciente reflexionan sobre las decisiones que hay que tomar, en donde el médico, más que imponer, le propone al paciente lo necesario para que él pueda ejercer su autonomía, pues a él le corresponde tomar la última decisión.

El principio de libertad-responsabilidad, que propone la Bioética, supone que para poder lograr el bien del paciente es necesaria la participación del paciente y el equipo de salud por una parte, y del paciente y de sus familiares por la otra, con una participación equilibrada entre ambos.

2.2 El consentimiento informado y la Bioética

La necesidad de contar con el consentimiento de parte del paciente fue tomada en cuenta a partir de la propuesta # 1 del Código de Núremberg, cuando el tribunal militar que juzgó los actos de los médicos que participaron en la experimentación en prisioneros de guerra de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, encontraron que dichos experimentos se

llevaron a cabo sin el consentimiento de quienes participaron en ellos.

Todo consentimiento informado debe de reunir, cuando menos, los siguientes elementos:

Libre voluntad

El paciente debe de tener la posibilidad de decidir libremente si quiere o no seguir adelante en cuanto al método de diagnóstico o tratamiento que le propone su médico, o si acepta participar en algún proyecto de investigación.

Para poder lograr esto, no debería existir ningún tipo de presión externa o influencia indebida. Éstas se pueden dar a través de la persuasión, de la manipulación o de la coerción.

- a) La persuasión: se ejerce cuando mediante procedimientos racionales se induce a aceptar “aparentemente de manera libre” actitudes, valores, intenciones o acciones propuestas por el persuasor.
- b) La manipulación: consiste en la influencia de forma intencionada y efectiva de una persona sobre otra alterando las opciones reales de elección.
- c) La coerción: tiene lugar cuando de forma intencionada, se exageran ciertos riesgos o daños indeseables con el fin de obtener el consentimiento.

Información

Para poder decidir, el paciente debe de recibir la información mínima necesaria adaptada a su nivel de entendimiento sobre el objetivo, sobre el procedimiento del estudio, sobre los beneficios esperados, sobre los riesgos potenciales y sobre las posibles alternativas de manejo.

Lo que aquí se menciona en un solo párrafo es, al mismo tiempo, la parte más importante y difícil de cumplir dentro del proceso de la firma de un consentimiento informado, lo anterior se presenta debido a la desigual situación en la que se encuentra tanto el médico como el paciente.

Es desigual en conocimientos, en experiencia, en las mismas circunstancias de vulnerabilidad en las que se encuentra el paciente cuando es invitado a firmar este documento.

La información que se incluye en estos documentos, la mayoría de las veces es sesgada o demasiado técnica, lo que impide que sea realmente válido.

Comprensión

Es preciso que la información proporcionada se haya comprendido totalmente para que el consentimiento sea válido. Esto dependerá de la capacidad de los pacientes en cuanto a su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje.

Lo anterior en un país como el nuestro, en donde existe un nivel de educación y de cultura médica sumamente básica o nula, es también una fuente de dudas sobre si en realidad lo explicado ha sido comprendido en su totalidad.

Tipos de consentimiento informado

Tradicionalmente se habla del consentimiento verbal y del escrito, sin embargo, la única forma éticamente válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación con el paciente.

Los formularios ya impresos que existen para dejar registrado el consentimiento, por lo general, son éticamente injustificables y en la mayoría de los casos, legalmente inválidos.

La relación más importante que se produce en la asistencia sanitaria es la del médico con el paciente. Esta relación se ha desarrollado durante mucho tiempo mediante un esquema paternalista, en donde el médico decidía en nombre del paciente y en función de su criterio exclusivo, teniendo como base

el valor ético de la beneficencia.

Últimamente éste modelo ha entrado en crisis por diversos motivos. Los avances tecnológicos y el incremento del número y complejidad de los procedimientos hacen que la toma de decisiones sea cada vez más difícil. Estos cambios han provocado que el modelo paternalista de beneficencia pura se esté transformando en otro, basado en modelos éticos diferentes, como el de la autonomía.

El principio de la autonomía indica que a los pacientes se les debe de dar la información acerca de su estado y sobre las posibles alternativas de tratamiento, y que se deben de respetar las decisiones de los enfermos después de haberles dado una información adecuada.

Para que el principio de autonomía se cumpla de manera objetiva, es necesario que tanto el médico y el equipo de salud como el paciente y sus familiares participen ejerciendo su libertad, pero asumiendo al mismo tiempo su responsabilidad. El principio de autonomía en este caso se quedaría corto, porque éste habla de libertad pero no habla de responsabilidad.

En nuestro país, la mayoría de los médicos no ponen a disposición de los pacientes la información adecuada para que ellos puedan ejercitar su libertad en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad. Esto se debe muchas veces al desconocimiento y a presiones de tiempo.

Para evitar este tipo de situación es imprescindible que se promueva dentro de los médicos la ventaja de contar con la participación activa de parte de los pacientes mediante el consentimiento informado para el mejor tratamiento de los mismos, además de ayudar en la educación a la población sobre este tipo de medio.

Es necesario invitar a todos los médicos a llevar adelante la iniciativa de buscar el consentimiento informado como medio de acercamiento hacia sus

pacientes. Hay que ayudarles a que lo vean como una parte de su actividad que complementa su vocación como médicos.

Es importante llevar a cabo todo lo anterior, antes de que este procedimiento se vuelva un instrumento impuesto sólo por la ley, como ha sucedido en otros países, haciendo con esto que se tenga que cumplir con este precepto de manera obligada y fría por no haberlo aprovechado de manera natural como parte de la relación médico-paciente.

Comentarios

Por lo general, el paciente firma su consentimiento sin que haya tenido una correcta comunicación con el médico que va a realizar tal o cual procedimiento. Esta forma de actuar, es a la vez una irresponsabilidad del médico y una fuente de problemas legales para el mismo médico.

Con el advenimiento de la bioética que se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona humana, el recurso del consentimiento informado dentro de la atención médica se ve como una esperanza, una esperanza para poder cumplir como médico con la verdadera misión de nuestra actividad, con la que muchos de nosotros nos comprometimos cuando estudiamos medicina y cuando la hemos ejercido.

2.3 Secreto profesional (confidencialidad)

La necesidad de contar con esta práctica ha surgido como consecuencia de una serie de normas morales e históricas transmitidas por la tradición y la costumbre, y representa una garantía social y es indispensable en la práctica para muchas profesiones y oficios.

Secreto médico

Obliga al médico a no revelar a nadie lo que haya visto o escuchado con res-

pecto a la íntima relación entre él y su paciente, que ha puesto abiertamente en conocimiento del médico su cuerpo y su espíritu. Nace de la libre confianza, de la libre entrega del enfermo a su médico.

El papel fundamental del médico consiste en curar o aliviar al enfermo y, para poder cumplir con estos requisitos, la sociedad le otorga al médico ciertos privilegios, como son el acceso a los aspectos más íntimos del enfermo, tanto en lo que concierne a su persona física como a su personalidad psíquica, a sus pensamientos, ideas y secretos.

La necesidad, nacida del instinto natural de conservación, lleva al hombre enfermo a consultar a otra persona mejor dotada que él para que le ayude a buscar la curación, pero entiende que ésta le será más fácilmente proporcionada si se confía plenamente, si hace entrega de su intimidad.

Ésta es, en efecto, la única forma viable para que el médico pueda ayudar al paciente. Pero, si todo privilegio acarrea responsabilidades, también el privilegio que la condición de médico confiere en su relación con los pacientes tiene cargas morales derivadas de que en ocasiones el médico se ve presionado a suministrar información obtenida en el curso de la relación médico-paciente.

2.4 Objeción de conciencia

Se trata de una forma de disentimiento de carácter no violento que se manifiesta en el rechazo individual, por motivos fundamentalmente de carácter ético y religioso, de la obediencia externa a una orden que la autoridad pública le impone.

Objeción de conciencia sanitaria

Es el conflicto que se presenta en los profesionistas de la salud, entre su conciencia moral y las “obligaciones” profesionales que les imponen ciertas legislaciones.

Se presenta cuando una legislación impone que se viole la conciencia de

los particulares cuando estén convencidos de que determinados procedimientos atentan contra la dignidad de las personas y van en contra los principios éticos de su profesión.

La objeción de conciencia trata de una aplicación especial del principio de libertad de conciencia, según el cual nadie puede ser obligado a realizar una acción que en su conciencia considera sinceramente ilícita.

En la objeción de conciencia, se requiere que la decisión sea honesta y sincera, y que el individuo busque, en la medida de lo posible, orientar su conciencia según la verdad objetiva.

Objeción de conciencia en temas sanitarios

Podemos anotar algunos de los temas que en la atención de la salud se han presentado el recurso de objeción de conciencia:

No participar en el procedimiento que provoca un aborto, no participar en las indicaciones de ciertas leyes que promueven diferentes métodos en favor del control natal y la contracepción, objetar el participar en los diferentes procesos que llevan las técnicas de reproducción asistida, en la investigación con embriones humanos, en la aplicación de la eutanasia o el suicidio asistido, en la suspensión de tratamientos médicos, en la obtención de información para la autoridad, en la aplicación de la pena de muerte, en la transfusión de sangre, en el trasplante de órganos, en la investigación que utiliza al hombre, en la investigación en animales, etc.

Consecuencias para el objetor

La historia muestra que los objetores son objeto de discriminación de parte de quienes gobiernan las instituciones sanitarias. El que objeta, por lo general, ocupa un puesto de menor jerarquía. Se abusa, por lo general, de médicos jóvenes o aspirantes a un puesto, enfermeras, etc.

El objetor debe de estar dispuesto a compensar con su trabajo en otro caso por lo no aceptado.

3. Conclusión

En el presente trabajo se ha buscado presentar algunas generalidades sobre la Bioética y la Atención de la Salud. Nos hemos abocado sólo a ciertos temas que consideramos básicos. Esperamos que revisando la presente obra en su totalidad se pueda comprender mejor el papel al que está llamada la Bioética para el beneficio de las personas y de toda la sociedad.



III

INICIO DE LA VIDA

MATRIMONIO IGUALITARIO

Y SU REGULACIÓN

Dr. Agustín Herrera Fragoso

Matrimonio

Concepto etimológico. La palabra matrimonio (del latín *matrimonium*),¹ tiene un origen incierto; puede haber surgido de la expresión en latín *matris munium*, *matris*, que significa madre y, *munium*, gravamen o cuidado, viniendo a significar “cuidado de la madre por el marido/padre”, en tanto se consideraba que la madre era la que contribuía más a la formación y crianza de los hijos; puede venir de *matreum muniens*² entendida como advertencia sobre la fidelidad debida al padre y al esposo, implicando la obligación del hombre hacia la madre de sus hijos; también podría abarcar el significado de *matre nato*, o sea, la finalidad propia del matrimonio “unión común de la vida conyugal”.³

La palabra *congujium* significa una vinculación ordenada, mutua y recíproca para la realización de una tarea común; de dicho término se deduce la palabra que en castellano establecemos como *cónyuges*. Por último, de la palabra *consortium* se viene a significar la comunidad suerte y de ella

¹ Real Academia Española. *matrimonio*. *Diccionario de la lengua española* (23.ª edición), 2014. Madrid: Espasa.

² Ramos Pazos, René. *Derecho de familia*. Editorial Jurídica de Chile, 1998, p. 31.

³ Briseño, Ramón. *Derecho natural, o Filosofía del derecho*. Impr. del Mercurio de Tornero y Letelier. 1970, p. 144.

se desprende en castellano la palabra consortes refiriéndose al aspecto patrimonial del matrimonio.

De lo anterior, se desprende que el matrimonio es una institución que encausa una vida ordenada y destinada fundamentalmente a la mujer y a los hijos; pero mira primordialmente a la pareja pues se habla de una vinculación ordenada, mutua y recíproca o de una comunidad de suertes.

Antecedentes históricos⁴

Los conceptos más importantes son los que se desprenden de las Institutas y del Digesto de Justiniano. Para las Institutas las nupcias o matrimonio “es la unión del varón y la mujer, que comprende el comercio indivisible de la vida”.⁵

Modestino a su vez decía que “nupcias son unión del varón y de la hembra, consorcio de toda la vida y comunicación del derecho divino y del humano”.⁶

Una definición que se daba en el Medievo por Hugo de San Víctor: “el matrimonio es la sociedad formada por el acuerdo de mutuo consentimiento que vincula a los esposos y recíprocamente los obliga durante su vida común”.⁷

En el derecho moderno los conceptos han sido sumamente discutidos pero todos ellos conservan una parte de verdad. Así para Hauriou el matrimonio es una Institución y ésta a su vez es una idea que se realiza y dura jurídicamente en un medio social. León Duguit considera que el matrimonio es un acto-condición; después de hacer una distinción entre acto-regla, la norma jurídica, acto-subjetivo, esto es el contrato, habla del acto-condición como el que determina la aplicación de un estatuto permanente a uno o varios individuos.⁸

⁴ Cfr. Felipe De La Mata Pizaña, Garzón Jiménez Roberto, Derecho Familiar, y sus reformas más recientes a la legalización del distrito federal, Edit. Porrúa, 2012, pp. 113 y ss.

⁵ Bellusio, Augusto Cesar, Manual de derecho familiar, tomo I, Buenos Aires, Depalma, 2ª edición, 1993, p. 142.

⁶ Ídem.

⁷ López Monroy, José De Jesús, El concepto del matrimonio, IJUNAM; p.300, ver: file:///E:/matrimonio.pdf

⁸ Ídem. p. 301.

Para Antonio Cicú, el matrimonio no podrá ser otra cosa sino un acto del poder estatal pues se mira principalmente en esta concepción el pronunciamiento que el Estado por conducto de sus jueces u oficiales hace de la constitución del matrimonio y para Alicia Pérez Duarte, “es una institución o conjunto de normas que reglamentan las relaciones de los cónyuges creando un estado de vida permanente derivado de un acto jurídico solemne”.⁹

De lo anterior, se puede establecer que Matrimonio: Es la comunidad de dos sujetos de distinto sexo, que se inicia con un acto jurídico esencialmente formal y subjetivo, regulado y constitutivo de esa nueva situación.

Características del matrimonio

- Constituye una comunidad plena de vida entre hombre y mujer.
- Se opone a la esencia del matrimonio las uniones de poligamia y poliandria en donde existe la unión de un hombre con varias mujeres o de una mujer con varios hombres; el matrimonio temporal o la asociación amigable.
- No establece la unión de dos personas del mismo sexo.

Finalidad del matrimonio

Se funda en un amor de caridad y bienes de los cónyuges, mira a la procreación de la especie¹⁰ y a la educación de la prole y el enriquecimiento de valores, mismo que se encuentra fundamentado en un aspecto psicológico, biológico y ontológico.

Naturaleza del matrimonio

Tiene una doble naturaleza: en primer término es una Institución natural que surge por la diversidad de sexos y; en segundo lugar es un negocio jurídico toda vez que se consideran que la declaración de voluntad de los esposos tiende a producir efectos jurídicos.

⁹ Cfr. Pérez Duarte, Alicia, *Diccionario Jurídico Mexicano*. Voz: Matrimonio, edit. Porrúa, 1999, p. 2085.

¹⁰ Cfr. Castan Tobeñas, José, *Derecho Civil Español, Común y foral*. tomo V, vol. I, edit. REUS, Madrid, 1966, p. 83.

Fines del matrimonio

Los fines esenciales del matrimonio son la procreación, la educación de la prole y la ayuda mutua, que actualmente se establece como el bienestar de los cónyuges y de estos surgen los accidentales (guardarse fidelidad, de socorrerse mutuamente, de contribuir al levantamiento de las cargas familiares y de ejercer conjuntamente la potestad doméstica y la patria potestad sobre los hijos, que se presumen comunes salvo prueba en contrario).

Sobre la procreación, es importante destacar que sólo se puede llevar por la intervención de un hombre y una mujer, independientemente de las técnicas de fertilización asistida. Siempre, un requisito sine qua non es la integración de un ovulo y un espermatozoide, (la partenogénesis está prohibida) y por otro lado es una forma auxiliar cuando no se puede curar la infertilidad.

La procreación es un presupuesto para otros derechos en común, como el establecido en el artículo 4º párrafo segundo: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre y responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Por lo que respecta al matrimonio, este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges”, y las cargas y responsabilidades serán en equidad.

Requisitos de formación del matrimonio

Son tres requisitos a saber:

- a) La voluntad (cierta y libre)¹¹ de los contrayentes;
- b) La aptitud físico-psíquica de los mismos y;
- c) En su caso la autorización de los padres o tutores.

Impedimentos¹²

¹¹ Hay 5 vicios del consentimiento: el error, la violencia, el dolo, la mala fe y la lesión.

¹² Cfr. Villalobos Olvera, Rogelio, *Derecho de familia, textos universitarios*, Universidad Autónoma de Chihuahua, 2ª edición,

1. El parentesco por consanguinidad en línea recta sin limitación de grado, el colateral entre hermanos y medios hermanos, toda vez que se deben evitar enfermedades consanguíneas o genéticas en los hijos, y;
2. Por adulterio.

Por lo anterior, se desprende que el derecho a la familia y su integración a través del matrimonio, en la mayoría de las obligaciones y derechos no tienen una fundamentación coercible, tiene más bien una fundamentación en la razón, y en particular en una ética atemporal, así como jurídicamente en un respeto a la alteridad y, equidad en las obligaciones y responsabilidades propias al matrimonio.

Derechos humanos y convencionalidad

Respecto el corpus iuris de los derechos humanos destaca:

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) prescribe en el artículo 16 que:

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

En similar sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) en el artículo 23 estipula que:

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.
2. Se reconoce el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio y

2006, pp. 263 y ss.

a fundar una familia si tienen edad para ello.

En tanto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) en el artículo 10 determina que: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que: 1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.

La Convención Americana Sobre Derechos Humanos en su artículo 17 establece:

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.
2. Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten al principio de no discriminación establecido en esta Convención...

Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en el artículo 16 ordena que:

1. 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, asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: ...g) Los mismos derechos personales como marido y mujer, entre ellos el derecho a elegir apellido, profesión y ocupación...

A mayor abundamiento, la Convención Europea de Derechos Humanos CEDH, su artículo 12 prescribe: “Derecho a contraer matrimonio” A partir de la edad núbil, el hombre y la mujer tienen derecho a casarse y a fundar una familia según las leyes nacionales que rijan el ejercicio de este derecho.

De lo anterior, el referente de matrimonio, establece ese vínculo –su fuerza, su contenido– es algo predeterminado por la naturaleza y el sentido de la distinción sexual.

Ahora bien, en el plano americano, destaca la Convención Americana sobre Derechos Humanos; consagra derechos relacionados con la familia en el artículo 11.2 y el artículo 17, asimismo contiene importantes referencias a la familia en los artículos 19, 24, 27.2 y 32.1:

“Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad

1. (...)
2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.

Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.

Artículo 17. Protección a la Familia

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.
2. Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten al principio de

no discriminación establecido en esta Convención.

3. El matrimonio no puede celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes.
4. Los estados parte deben tomar medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y la adecuada equivalencia de responsabilidades de los cónyuges en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo. En caso de disolución, se adoptarán disposiciones que aseguren la protección necesaria de los hijos, sobre la base única del interés y conveniencia de ellos.
5. La ley debe reconocer iguales derechos tanto a los hijos nacidos fuera de matrimonio como a los nacidos dentro del mismo.

Artículo 19. Derechos del Niño

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Artículo 24. Igualdad ante la Ley

Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.

Artículo 27. Suspensión de Garantías

1. (...)
2. La disposición precedente no autoriza la suspensión de los derechos determinados en los siguientes artículos: ... 17 (Protección a la Familia); ... 19 (Derechos del Niño); ...
3. (...)

Artículo 32. Correlación entre Deberes y Derechos

1. Toda persona tiene deberes para con la familia, la comunidad y la humanidad.
2. Los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bien común, en una sociedad democrática.”

Jurisprudencia interamericana

Protección de la familia

El artículo 17 de la Convención Americana reconoce el papel central de la familia y la vida familiar en la existencia de una persona y en la sociedad en general. La Corte ya ha indicado que el derecho de protección a la familia conlleva, entre otras obligaciones, a favorecer, de la manera más amplia, el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar. Es un derecho tan básico de la Convención americana que no se puede derogar aunque las circunstancias sean extremas. El artículo 17.2 de la Convención Americana protege el derecho a fundar una familia, el cual está ampliamente consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. Por su parte, el Comité de Derechos Humanos ha señalado que la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia.¹³

...la convivencia entre padres e hijos constituye un elemento fundamental en la vida de la familia...¹⁴

...Adicionalmente la Corte Interamericana ha establecido que el término “familiares” debe entenderse en sentido amplio, abarcando a todas las personas vinculadas por un parentesco cercano. Por otra parte, no hay nada que in-

¹³ Artavia Murillo y otros (fertilización *In vitro*) vs. Costa Rica. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C, núm., 257, párrafo 145.

¹⁴ Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas vs. República Dominicana. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C, núm., 282, párrafo 414.

dique que las familias monoparentales no puedan brindar cuidado, sustento y cariño a los niños.¹⁵

...la Corte además reconoce el significado especial que tiene la convivencia familiar en el contexto de la familia indígena, la cual no se limita al núcleo familiar sino que incluye a las distintas generaciones que la componen e incluso a la comunidad de la cual forma parte...¹⁶

Discriminación

“...el artículo 17.4 de la Convención, según el cual los estados parte deben tomar medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y la adecuada equivalencia de responsabilidades de los cónyuges en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo. En caso de disolución, se adoptarán disposiciones que aseguren la protección necesaria de los hijos, sobre la base única del interés y conveniencia de ellos. Concordando esta disposición con la norma general que establece la igualdad ante la ley, según el artículo 24, y la prohibición de toda discriminación en razón de sexo prevista en el artículo 1.1, puede establecerse que este artículo 17.4 es la aplicación concreta de tales principios generales al matrimonio. En consecuencia, la Corte interpreta que no se justifica y debe ser considerada como discriminatoria la diferencia que se hace entre los cónyuges en el párrafo 4 del artículo 14 del proyecto para la obtención de la nacionalidad costarricense en condiciones especiales por razón del matrimonio...”¹⁷

La Corte ha establecido que el artículo 1.1 de la Convención es una norma de carácter general cuyo contenido se extiende a todas las disposiciones del tratado, y dispone la obligación de los Estados Parte de respetar y garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y libertades allí reconocidos “sin dis-

¹⁵ Forneron e hija vs. Argentina, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 27 de abril de 2012 serie C, núm., 242, párrafo 98.

¹⁶ Chitay Nech y otros vs. Guatemala. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C, núm., 212, párrafo 159.

¹⁷ Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de Enero de 1984. Serie A No. 6.

criminación alguna". Es decir, cualquiera sea el origen o la forma que asuma, todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos garantizados en la Convención es per se incompatible con la misma.¹⁸

Sobre el principio de igualdad ante la ley y la no discriminación, la Corte ha señalado 1919 que la noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incurso en tal situación. La jurisprudencia de la Corte también ha indicado que en la actual etapa de la evolución del derecho internacional, el principio fundamental de igualdad y no discriminación ha ingresado en el dominio del jus cogens. Sobre él descansa el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y permean todo el ordenamiento jurídico.²⁰

Además, el tribunal ha establecido que los Estados deben abstenerse de realizar acciones que de cualquier manera vayan dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación de jure o de facto.²¹ Los Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que,

¹⁸ Cfr. Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica relacionada con la Naturalización. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 53 y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010 Serie C No. 214, párr. 268.

¹⁹ Opinión Consultiva OC-4/84, supra nota 83, párr. 55.

²⁰ Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 del 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 101 y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek, supra nota 83, párr. 269.

²¹ Opinión Consultiva OC-18/03, supra nota 85, párr. 103 y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek, supra nota 83, párr. 271.

bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias.²²

La Convención Americana, al igual que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, no contiene una definición explícita del concepto de “discriminación”. Tomando como base las definiciones de discriminación establecidas en el artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial²³ y el artículo 1.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,²⁴ el Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en adelante “Comité de Derechos Humanos”) ha definido la discriminación como:

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la propiedad, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas.²⁵

²² Opinión Consultiva OC-18/03, supra nota 85, párr. 104; Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek, supra nota 83, párr. 271, y Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 18, No discriminación, 10 de noviembre de 1989, CCPR/C/37, párr. 6.

²³ El artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial señala: “En la presente Convención la expresión “discriminación racial” denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”.

²⁴ El artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer señala: “A los efectos de la presente Convención, la expresión ‘discriminación contra la mujer’ denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o 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”.

²⁵ Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 18, No discriminación, supra nota 87, párr. 6.

La Corte reitera que, mientras la obligación general del artículo 1.1 se refiere al deber del Estado de respetar y garantizar “sin discriminación” los derechos contenidos en la Convención Americana, el artículo 24 protege el derecho a “igual protección de la ley”.²⁶ Es decir, el artículo 24 de la Convención Americana prohíbe la discriminación de derecho o de hecho, no sólo en cuanto a los derechos consagrados en dicho tratado, sino en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación. En otras palabras, si un Estado discrimina en el respeto o garantía de un derecho convencional, incumpliría la obligación establecida en el artículo 1.1 y el derecho sustantivo en cuestión. Si, por el contrario, la discriminación se refiere a una protección desigual de la ley interna o su aplicación, el hecho debe analizarse a la luz del artículo 24 de la Convención Americana.²⁷

Los criterios específicos en virtud de los cuales está prohibido discriminar, según el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son un listado taxativo o limitativo sino meramente enunciativo. Por el contrario, la redacción de dicho artículo deja abiertos los criterios con la inclusión del término “otra condición social” para incorporar así a otras categorías que no hubiesen sido explícitamente indicadas. La expresión “cualquier otra condición social” del artículo 1.1. de la Convención debe ser interpretada por la Corte, en consecuencia, en la perspectiva de la opción más favorable a la persona y de la evolución de los derechos fundamentales en el derecho internacional contemporáneo.

Al respecto, en el Sistema Interamericano, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (en adelante OEA) ha aprobado desde 2008 en sus sesiones anuales cuatro resoluciones sucesivas respecto a la protección de las personas contra tratos discriminatorios basados en su orientación sexual e identidad de género, mediante las cuales se ha exigido la adopción de

²⁶ Opinión Consultiva OC-4/84, *supra* nota 83, párrs. 53 y 54 y Caso Barbiani Duarte y Otros Vs. Uruguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 13 de octubre de 2011. Serie C No. 234, párr. 174.

²⁷ Opinión Consultiva OC-16/99, *supra* nota 93, pára. 115.

medidas concretas para una protección eficaz contra actos discriminatorios.²⁸

Respecto a la inclusión de la orientación sexual como categoría de discriminación prohibida, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado que la orientación sexual es “otra condición” mencionada en el artículo 14²⁹ del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (en adelante “Convenio Europeo”), el cual prohíbe tratos discriminatorios.³⁰ En particular, en el Caso *Salgueiro da Silva Mouta Vs. Portugal*, el Tribunal Europeo concluyó que la orientación sexual es un concepto que se encuentra cubierto por el artículo 14 del Convenio Europeo. Además, reiteró que el listado de categorías que se realiza en dicho artículo es ilustrativo y no exhaustivo.³¹ Asimismo, en el Caso

²⁸ Cfr. AG/RES. 2653 (XLI-O/11), Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 7 de junio de 2011 (“LA ASAMBLEA GENERAL [...] RESUELVE: 1. Condenar la discriminación contra personas por motivos de orientación sexual e identidad de género, e instar a los Estados dentro de los parámetros de las instituciones jurídicas de su ordenamiento interno, a adoptar las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar dicha discriminación”); AG/RES. 2600 (XL-O/10), Derechos humanos, orientación sexual e identidad de Género, aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 8 de junio de 2010 (“LA ASAMBLEA GENERAL [...] RESUELVE: 1. Condenar los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género, e instar a los Estados a investigar los mismos y asegurar que los responsables enfrenten las consecuencias ante la justicia. 2. Alentar a los Estados a que tomen todas las medidas necesarias para asegurar que no se cometan actos de violencia u otras violaciones de derechos humanos contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género y asegurando el acceso a la justicia de las víctimas en condiciones de igualdad. 3. Alentar a los Estados Miembros a que consideren medios para combatir la discriminación contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género”); AG/RES. 2504 (XXXIX-O/09), Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 4 de junio de 2009 (“LA ASAMBLEA GENERAL [...] RESUELVE: 1. Condenar los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos relacionadas, perpetrados contra individuos a causa de su orientación sexual e identidad de género. 2. Instar a los Estados a asegurar que se investiguen los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos perpetrados contra individuos a causa de su orientación sexual e identidad de género, y que los responsables enfrenten las consecuencias ante la justicia”), y AG/RES. 2435 (XXXVIII-O/08), Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 3 de junio de 2008 (“LA ASAMBLEA GENERAL [...] RESUELVE: 1. Manifestar preocupación por los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos relacionadas, cometidos contra individuos a causa de su orientación sexual e identidad de género”).

²⁹ Artículo 14 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: “El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación”.

³⁰ Cfr. T.E.D.H., *Caso Salgueiro da Silva Mouta Vs. Portugal*, (No. 33290/96), Sentencia de 21 de diciembre de 1999. Final, 21 de marzo de 2000, párr. 28; *Caso L. y V. Vs. Austria* (No. 39392/98 y 39829/98), Sentencia de 9 de enero de 2003. Final, 9 de abril de 2003, párr. 45; *Caso S. L. Vs. Austria*, (No. 45330/99), Sentencia de 9 de enero de 2003. Final, 9 de abril de 2003, párr. 37, y *Caso E.B. Vs. Francia*, (No. 43546/02), Sentencia de 22 de enero de 2008, párr. 50.

³¹ Cfr. T.E.D.H., *Caso Salgueiro da Silva Mouta*, supra nota 99, párr. 28 (the applicant’s sexual orientation [...] [is] a concept which is undoubtedly covered by Article 14 of the Convention. The Court reiterates in that connection that the list set out in that provision is illustrative and not exhaustive, as is shown by the words [“]any ground such as[”]). Ver también T.E.D.H., *Caso Fretté Vs. Francia*, (No. 36515/97), Sentencia de 26 de febrero de 2002. Final, 26 de mayo de 2002, párr. 32; T.E.D.H., *Caso Kozak Vs. Polonia*, (No. 13102/02), Sentencia de 2 de marzo de 2010. Final, 2 de junio de 2010, párr. 92; *Caso J.M. Vs. Reino Unido*, (No. 37060/06), Sentencia de 28 de septiembre de 2010. Final, 28 de diciembre de 2010, párr. 55, y *Caso Alekseyev Vs. Russia*, (No. 4916/07, 25924/08 y 14599/09), Sentencia de 21 de octubre de 2010. Final, 11 de abril de 2011, párr. 108 (The Court reiterates that sexual orientation is a concept covered by Article 14).

Clift Vs. Reino Unido, el Tribunal Europeo reiteró que la orientación sexual, como una de las categorías que puede ser incluida bajo “otra condición”, es otro ejemplo específico de los que se encuentran en dicho listado, que son consideradas como características personales en el sentido que son innatas o inherentes a la persona.³²

En el marco del Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales han calificado la orientación sexual como una de las categorías de discriminación prohibida consideradas en el artículo 2.1³³ del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 2.2³⁴ del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Al respecto, el Comité de Derechos Humanos indicó en el caso Toonen Vs. Australia que la referencia a la categoría “sexo” incluiría la orientación sexual de las personas.³⁵

Igualmente, el Comité de Derechos Humanos ha expresado su preocupación frente a diversas situaciones discriminatorias relacionadas con la orientación sexual de las personas, lo cual ha sido expresado reiteradamente en sus

³² Cfr. T.E.D.H., *Caso Clift Vs. Reino Unido*, (No. 7205/07), Sentencia de 13 de julio de 2010. Final, 22 de noviembre de 2010, párr. 57 (the Court has considered to constitute []other status[] characteristics which, like some of the specific examples listed in the Article, can be said to be personal in the sense that they are innate or inherent). Sin embargo, el Tribunal Europeo no decidió limitar con esto el concepto de “otra condición” a que las características sean inherentes o innatas de la persona. Cfr. T.E.D.H., *Caso Clift*, supra nota 101, párr. 58 (However, in finding violations of Article 14 in a number of other cases, the Court has accepted that “status” existed where the distinction relied upon did not involve a characteristic which could be said to be innate or inherent, and thus []personal[] in the sense discussed above).

³³ Artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

³⁴ Artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

³⁵ Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Toonen Vs. Australia*, Comunicación No. 488/1992, CCPR/C/50/D/488/1992, 4 de abril de 1992, párr. 8.7 (The State party has sought the Committee’s guidance as to whether sexual orientation may be considered an “other status” for the purposes of article 26. The same issue could arise under article 2, paragraph 1, of the Covenant. The Committee confines itself to noting, however, that in its view, the reference to “sex” in articles 2, paragraph 1, and 26 is to be taken as including sexual orientation). Asimismo, ver *X Vs. Colombia*, Comunicación No. 1361/2005, CCPR/C/89/D/1361/2005, 14 de mayo 2007, párr. 7.2. (The Committee recalls its earlier jurisprudence that the prohibition against discrimination under article 26 comprises also discrimination based on sexual orientation). En el mismo sentido, Comité de Derechos Humanos, *Edward Young v. Australia*, Comunicación No. 941/2000, CCPR/C/78/D/941/2000, 18 de septiembre de 2003, párr. 10.4. Véase también Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales, Polonia*, CCPR/C/79/Add.110, 25 de julio de 1999, párr. 23.

observaciones finales a los informes presentados por los Estados.³⁶

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales determinó que la orientación sexual puede ser enmarcada bajo “otra condición social”.³⁷ Asimismo, el Comité de los Derechos del Niño,³⁸ el Comité contra la Tortura³⁹ y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer⁴⁰ han realizado referencias en el marco de sus observaciones generales

³⁶ Cfr., inter alia, Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, **Observaciones finales, Chile**, CCPR/C/CHL/CO/5, 17 abril 2007, párr. 16 (“Aunque observa con satisfacción la abrogación de las disposiciones que penalizaban las relaciones homosexuales entre adultos responsables, el Comité continúa preocupado ante la discriminación de la que son objeto ciertas personas debido a su orientación sexual, entre otros ámbitos, frente a los tribunales y en el acceso a la salud (artículos 2 y 26 del Pacto). El Estado parte debería garantizar a todas las personas la igualdad de los derechos establecidos en el Pacto, independientemente de su orientación sexual, incluyendo igualdad ante la ley y en el acceso a los servicios de salud. Debería también poner en práctica programas de sensibilización con el fin de combatir los prejuicios sociales”); **Observaciones finales, Barbados**, CCPR/C/BRB/CO/3, 14 de mayo de 2007, párr. 13 (“El Comité expresa su preocupación por la discriminación que sufren los homosexuales en el Estado Parte y, en particular, por la penalización de los actos sexuales consensuales entre adultos del mismo sexo (art. 26)”); **Observaciones finales, Estados Unidos de América**, CCPR/C/USA/CO/3/Rev.1, 18 de diciembre de 2006, párr. 25 (“También observa con preocupación que en muchos Estados no se ha prohibido la discriminación en el empleo por motivos de orientación sexual (arts. 2 y 26). El Estado Parte debería aceptar su obligación jurídica en virtud de los artículos 2 y 26 de garantizar a todas las personas los derechos amparados por el Pacto, así como la igualdad ante la ley y la igual protección de la ley, sin discriminación por motivos de orientación sexual”); **Observaciones finales, El Salvador**, CCPR/CO/78/SLV, 22 de agosto de 2003, párr. 16 (“El Comité expresa su preocupación por los casos de personas atacadas, y aun muertas, con motivo de su orientación sexual (artículo 9), por el bajo número de investigaciones en relación con estos actos ilícitos, y por las disposiciones existentes (como las “Ordenanzas Contravencionales” de carácter local) utilizadas para discriminar contra las personas en razón de su orientación sexual (artículo 26)”).

³⁷ Cfr. Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, **Observación General No. 20**. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 32 (“En ‘cualquier otra condición social’, tal y como se recoge en el artículo 2.2 del Pacto, se incluye la orientación sexual”). Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, **Observación General No. 18**. El derecho al trabajo, E/C.12/GC/18, 6 de febrero de 2006, párr. 12 (“en virtud del párrafo 2 del artículo 2, así como del artículo 3, el Pacto proscribiera toda discriminación en el acceso al empleo y en la conservación del mismo por motivos de [...] orientación sexual”); **Observación No. 15**. El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2002/11, 20 de enero de 2003, párr. 13 (“el Pacto proscribiera toda discriminación por motivos de [...] orientación sexual”); **Observación General No. 14**. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 18 (“En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de [...] orientación sexual”).

³⁸ Cfr. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, **Observación General No. 3**. El VIH/SIDA y los derechos del niño, CRC/GC/2003/3, 17 de marzo de 2003, párr. 8 (“es preocupante la discriminación basada en las preferencias sexuales”); **Observación General No. 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, párr. 6 (“Los Estados Partes tienen la obligación de garantizar a todos los seres humanos de menos de 18 años el disfrute de todos los derechos enunciados en la Convención, sin distinción alguna (art. 2), independientemente de ‘la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión pública o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño’. Deb[e] añadirse también la orientación sexual”).

³⁹ Cfr. Naciones Unidas, Comité contra la Tortura, **Observación General No. 2**. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes, CAT/C/GC/2, 24 de enero de 2008, párrs. 20 y 21 (“El principio de no discriminación es básico y general en la protección de los derechos humanos y fundamental para la interpretación y aplicación de la Convención. [...] Los Estados Partes deben velar porque, en el marco de las obligaciones que han contraído en virtud de la Convención, sus leyes se apliquen en la práctica a todas las personas, cualesquiera que se[an] su [...] orientación sexual”).

⁴⁰ Cfr. Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer, **Recomendación General No. 27** sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, CEDAW/C/GC/27, 16 de diciembre de 2010, párr. 13 (“La discriminación que sufren las mujeres de edad con frecuencia es de carácter multidimensional, al sumarse la discriminación por [...] orientación sexual”) y **Proyecto de Recomendación General No. 28** relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010, párr. 18 (“La discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza,

y recomendaciones, respecto a la inclusión de la orientación sexual como una de las categorías prohibidas de discriminación.

El 22 de diciembre de 2008 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la “Declaración sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género”, reafirmando el “principio de no discriminación, que exige que los derechos humanos se apliquen por igual a todos los seres humanos, independientemente de su orientación sexual o identidad de género”.⁴¹ Asimismo, el 22 de marzo de 2011 fue presentada, ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, la “Declaración conjunta para poner alto a los actos de violencia, y a las violaciones de derechos humanos dirigidas contra las personas por su orientación sexual e identidad de género”.⁴² El 15 de junio de 2011 este mismo Consejo aprobó una resolución sobre “derechos humanos, orientación sexual e identidad de género” en la que se expresó la “grave preocupación por los actos de violencia y discriminación, en todas las regiones del mundo, [cometidos] contra personas por su orientación sexual e identidad de género”.⁴³ La prohibición de discriminación por orientación sexual ha sido resaltada también en numerosos informes de los relatores especiales de Naciones Unidas.⁴⁴

el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual”).

⁴¹ Naciones Unidas, Declaración sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, Asamblea General de Naciones Unidas, A/63/635, 22 de diciembre de 2008, párr. 3.

⁴² Naciones Unidas, Declaración conjunta para poner alto a los actos de violencia, y a las violaciones de derechos humanos relacionadas, dirigidos contra las personas por su orientación sexual e identidad de género, presentada por Colombia en el 16º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 22 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.ighrc.org/binary-data/ATTACHMENT/file/000/000/494-1.pdf> (último acceso el 22 de febrero de 2012).

⁴³ Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Resolución respecto a derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, A/HRC/17/L.9/Rev.1, 15 de junio de 2011.

⁴⁴ Entre otros informes, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004, párrs. 32 y 38 (“Las normas internacionales de los derechos humanos prohíben toda discriminación en el acceso a la atención de la salud y a sus factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de orientación sexual [...] Las normas jurídicas internacionales relativas a los derechos humanos excluyen por completo la discriminación por razones de orientación sexual”). Véase también el Informe de la Relatora Especial sobre la libertad de religión o de creencias, A/HRC/6/5, 20 de julio de 2007, párr. 28; Informe del Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, Misión en Brasil, E/CN.4/2006/16/Add.3, 28 de febrero de 2006, párr. 40; Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: violencia contra la mujer, Interrelaciones entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA, E/CN.4/2005/72, 17 de enero de 2005, párrs. 27 y 58; Informe de la Relatora Especial sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, Los derechos civiles y políticos, en particular las cuestiones relacionadas con las desapariciones y las ejecuciones sumarias, E/CN.4/2003/3, 13 de enero de 2003, párrs. 66 y 67; Informe provisional de la Relatora Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias

Teniendo en cuenta las obligaciones generales de respeto y garantía establecidas en el artículo 1.1 de la Convención Americana, los criterios de interpretación fijados en el artículo 29 de dicha Convención, lo estipulado en la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, las Resoluciones de la Asamblea General de la OEA, los estándares establecidos por el Tribunal Europeo y los organismos de Naciones Unidas (supra párr. 83 a 90), la Corte Interamericana deja establecido que la orientación sexual y la identidad de género de las personas son categorías protegidas por la Convención. Por ello está proscrita por la Convención cualquier norma, acto o práctica discriminatoria basada en la orientación sexual de la persona. En consecuencia, ninguna norma, decisión o práctica de derecho interno, sea por parte de autoridades estatales o por particulares, pueden disminuir o restringir, de modo alguno, los derechos de una persona a partir de su orientación sexual.

La Corte resalta que la presunta falta de un consenso al interior de algunos países sobre el respeto pleno por los derechos de las minorías sexuales no puede ser considerado como un argumento válido para negarles o restringirles sus derechos humanos o para perpetuar y reproducir la discriminación histórica y estructural que estas minorías han sufrido.⁴⁵ El hecho de que ésta pudiera ser

o arbitrarias, A/57/138, 2 de julio de 2002, párr. 37; Informe de la Representante Especial del Secretario General sobre la cuestión de los defensores de los derechos humanos, E/CN.4/2001/94, 26 de enero de 2001, párr. 89. g); Relator Especial sobre la independencia de los magistrados y abogados, Los derechos civiles y políticos, en particular las cuestiones relacionadas con: la independencia del poder judicial, la administración de justicia, la impunidad, Misión en Brasil, E/CN.4/2005/60/Add.3, 22 de febrero de 2005, párr. 28; Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/56/156, 3 de julio de 2001, párrs. 17 a 25; Informe sobre los derechos civiles y políticos, en particular las cuestiones relacionadas con la tortura y la detención, E/CN.4/2002/76, 27 de diciembre de 2001, pág. 14; Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, E/CN.4/2004/56, 23 de diciembre de 2003, párr. 64; Informe del Relator Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, E/CN.4/2004/9, 5 de enero de 2004, párr. 118, y Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria, Opinión No. 7/2002 (Egipto), E/CN.4/2003/8/Add.1, 24 de enero de 2003, pág. 72, párr. 28. En el marco del derecho comparado algunos Estados prohíben explícitamente la discriminación por orientación sexual en sus Constituciones (por ejemplo Bolivia, Ecuador, Kosovo, Portugal, Sudáfrica, Suecia y Suiza, entre otros Estados) o a través de leyes, como por ejemplo en materia de derecho familiar, dirigidas a otorgarles a las personas homosexuales los mismos derechos que a las personas heterosexuales. Por ejemplo, en Argentina, a través de los artículos 2 y 4 de la Ley No. 26.618 del 21 de julio de 2010, se estableció que: “El matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo” y que “en casos de matrimonio constituidos por ambos cónyuges del mismo sexo, a falta de acuerdo, el juez resolverá [sobre la tuición] teniendo en cuenta el interés del menor”. Uruguay aprobó la Ley No. 18.246 (Diario Oficial No. 27402, 10 enero de 2008), que reconoce las uniones civiles (“uniones concubinarias”) de parejas del mismo sexo. En 2009, mediante la Ley No. 18.590, (Diario Oficial No. 27837, 26 octubre 2009), se autorizó la adopción conjunta por parte de parejas en unión civil.

⁴⁵ De acuerdo a diversas fuentes del derecho internacional y comparado esta discriminación contra la comunidad de Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales (en adelante “LGTBI”) es inaceptable porque: i) la orientación sexual constituye

materia controversial en algunos sectores y países, y que no sea necesariamente materia de consenso no puede conducir al Tribunal a abstenerse de decidir, pues al hacerlo debe remitirse única y exclusivamente a las estipulaciones de las obligaciones internacionales contraídas por decisión soberana de los Estados a través de la Convención Americana.

El Tribunal resalta que para comprobar que una diferenciación de trato ha sido utilizada en una decisión particular, no es necesario que la totalidad de dicha decisión esté basada “fundamental y únicamente” en la orientación sexual de la persona, pues basta con constatar que de manera explícita o implícita se tuvo en cuenta hasta cierto grado la orientación sexual de la persona para adoptar una determinada decisión.⁴⁶

Restricción de los Derechos humanos

un aspecto esencial en la identidad de una persona (infra párr. 139). Asimismo: ii) la comunidad LGTBI ha sido discriminada históricamente y es común el uso de estereotipos en el trato hacia dicha comunidad. Cfr. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004, párr. 33 (“la discriminación y la estigmatización siguen representando una grave amenaza contra la salud sexual y reproductiva de muchos grupos, como [...] las minorías sexuales”); Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, E/CN.4/2004/56, 23 de diciembre de 2003, párr. 64 (“Las actitudes y creencias derivadas de mitos y miedos relacionados con el VIH/SIDA y la sexualidad contribuyen a la estigmatización y la discriminación contra las minorías sexuales. Además, la percepción de que los miembros de estas minorías no respetan las barreras sexuales o cuestionan los conceptos predominantes del papel atribuido a cada sexo parece contribuir a su vulnerabilidad a la tortura como manera de ‘castigar’ su comportamiento no aceptado”). Por otra parte: iii) constituyen una minoría a la que le resulta mucho más difícil remover las discriminaciones en ámbitos como el legislativo, así como evitar repercusiones negativas en la interpretación de normas por funcionarios de las ramas ejecutiva o legislativa, y en el acceso a la justicia. Cfr. Relator Especial sobre la independencia de los magistrados y abogados, Los derechos civiles y políticos, en particular las cuestiones relacionadas con: la independencia del poder judicial, la administración de justicia, la impunidad, Misión en Brasil, E/CN.4/2005/60/Add.3, 22 de febrero de 2005, párr. 28 (“Travestis, transexuales y homosexuales son también con frecuencia víctimas de episodios de violencia y discriminación. Cuando recurren al sistema judicial, se encuentran, a menudo, con los mismos prejuicios y estereotipos de la sociedad reproducidos allí”), y Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-481 de 9 de septiembre de 1998. Finalmente: iv) la orientación sexual no constituye un criterio racional para la distribución o reparto racional y equitativo de bienes, derechos o cargas sociales. Cfr. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-481 de 9 de septiembre de 1998, párr. 25. En esta sentencia, respecto al derecho de los profesores de colegios públicos a no ser despedidos por su condición homosexual, la Corte Constitucional colombiana señaló que separar a un profesor de su trabajo por esa razón se funda “en un prejuicio sin asidero empírico alguno, que denota la injusta estigmatización que ha afectado a esta población y que se ha invocado para imponerle cargas o privarla de derechos, en detrimento de sus posibilidades de participación en ámbitos tan relevantes de la vida social y económica” (párr. 29). Por su parte, la sentencia C-507 de 1999 declaró inconstitucional una norma que establecía como falta disciplinaria el homosexualismo en las fuerzas militares. En la sentencia C-373 de 2002 la Corte Constitucional de Colombia declaró inconstitucional una norma que disponía como causal de inhabilidad para ejercer el cargo de notario el haber sido sancionado disciplinariamente por la falta de “homosexualismo”.

⁴⁶ Cfr. T.E.D.H., Caso E.B, *supra* nota 99, párrs. 88 y 89 (notwithstanding the precautions taken by the Nancy Administrative Court of Appeal, and subsequently by the Conseil d’Etat, to justify taking account of the applicant’s [‘lifestyle’], the inescapable conclusion is that her sexual orientation was consistently at the centre of deliberations in her regard and omnipresent at every stage of the administrative and judicial proceedings. The Court considers that the reference to the applicant’s homosexuality was, if not explicit, at least implicit. The influence of the applicant’s avowed homosexuality on the assessment of her application has been established and, having regard to the foregoing, was a decisive factor leading to the decision to refuse her authorisation to adopt).

Sobre la restricción de los derechos humanos, destaca:

“... las restricciones sean legítimas, es decir, que obedezcan a “razones de interés general” y no se aparten del “propósito para el cual han sido establecidas...”⁴⁷

“La “razonabilidad” implica un juicio de valor y aplicada a una ley, una conformidad con los principios del sentido común. Se utiliza, igualmente, referida a parámetros de interpretación de los tratados y, por consiguiente, de la Convención. Siendo razonable lo justo, lo proporcionado y lo equitativo”.⁴⁸

En el plano Europeo, el Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales contiene dos disposiciones atinentes a este ámbito, y correlativos de los artículos 11 y 17.2 de la Convención Americana:

Artículo 8. Derecho al respeto de la vida privada y familiar

3. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.
4. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.

Jurisprudencia europea

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), que correctamente y con valor persuasivo refiere a las disposiciones del Convenio

⁴⁷ Opinión Consultiva OC-6/86 del 9 de Mayo de 1986. Serie A No. 6.

⁴⁸ Opinión Consultiva OC-13/93 del 16 de Julio de 1993. Serie A No. 13.

Europeo correlativas al artículo 11.2 y al artículo 17.2 de la Convención Americana,⁴⁹ pues no existen disposiciones referidas a los temas previstos en los párrafos 1, 3, 4 y 5 del artículo 17.

Importa sobre todo conocer las sentencias en las que el TEDH consideró las situaciones de convivencia entre personas del mismo sexo o género⁵⁰ a la luz del artículo 8 del Convenio Europeo, en su relación con el 14. Como establece la sentencia de esta Corte en su párrafo 174:

“en el Caso Schalk y Kopf Vs. Austria, el Tribunal Europeo revisó su jurisprudencia vigente hasta ese momento, en la cual solamente había aceptado que la relación emocional y sexual de una pareja del mismo sexo constituye “vida privada”, pero no había considerado que constituyera “vida familiar”, aun al tratarse de una relación a largo plazo en situación de convivencia. Al aplicar un criterio amplio de familia, el Tribunal Europeo estableció que “la noción

⁴⁹ En casos análogos al presente también se invoca la norma que prohíbe la discriminación, cuyo texto es el siguiente: Artículo 14 –Prohibición de discriminación– El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación.

⁵⁰ Tal vez habría correspondido citar también la sentencia en el caso P.V.S. vs. España (demanda N° 35159/09), que se dictó el 30 de noviembre de 2010 y adquirió carácter definitivo el 11 de abril de 2011. En ese caso, la demandante es una transexual que pasó del sexo masculino al sexo femenino, y previamente había estado casada con P.Q.F., con quien había tenido un hijo en 1998. Cuando se dispuso judicialmente la separación de cuerpos, se homologó el convenio celebrado entre los cónyuges por el que se atribuía la guarda a la madre, se confiaba la patria potestad a ambos conjuntamente y se establecía un amplio régimen de visitas a favor del padre. Dos años después, la madre solicitó que se quitara el ejercicio de la patria potestad a su ex cónyuge y se suspendiera el régimen de visitas, así como toda comunicación entre el padre y el hijo. Alegó a tal efecto la falta de interés del padre con respecto al niño, así como el hecho de que el padre seguía un tratamiento hormonal para cambiar de sexo, se maquillaba y habitualmente se vestía de mujer. Las sentencias internas no hicieron lugar a la petición relativa a la patria potestad y, en cuanto al resto, establecieron en régimen de visitas limitado, que luego se fue ampliando. Para ello se fundaron, en cuanto a los hechos, en un dictamen psicológico, según el cual P. atravesaba “una situación de inestabilidad emocional” que “implicaba la existencia de un riesgo importante de perturbación efectiva de la salud emocional y del desarrollo de la personalidad del menor, habida cuenta de su edad (seis años en el momento del dictamen pericial) y de la etapa evolutiva en la que se encontr[aba]”, y, en cuanto al derecho, en el interés superior del niño. No se basaron en la transexualidad del padre. El TEDH estimó que los tribunales españoles, a diferencia de lo ocurrido en el caso Salgueiro da Silva Mouta c. Portugal, no se habían fundado en la orientación sexual de la demandante, sino que habían tenido en cuenta “la inestabilidad emocional coyuntural detectada” en ella y habían “privilegiado el interés del niño, adoptando un régimen de visitas más restrictivo, que le permitiera habituarse progresivamente al cambio de sexo de su progenitor”, y posteriormente habían ampliado dicho régimen a pesar de que “la condición sexual de la demandante seguía siendo la misma”.

de vida familiar abarca a una pareja del mismo sexo que convive en una relación estable de facto, tal como abarcaría a una pareja de diferente sexo en la misma situación”, pues consideró “artificial mantener una posición que sostenga que, a diferencia de una pareja heterosexual, una pareja del mismo sexo no puede disfrutar de la “vida familiar” en los términos del artículo 8”.⁵¹

También se indica (párr. 173), correctamente, que, “[en] el Caso X, Y y Z Vs. Reino Unido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, siguiendo el concepto amplio de la familia, reconoció que un transexual, su pareja mujer y un niño pueden configurar una familia, al señalar que:

“Al decidir si una relación puede considerarse como “vida familiar”, una serie de factores pueden ser relevantes, incluyendo si la pareja vive junta, la duración de su relación y si se ha demostrado el compromiso mutuo al tener hijos conjuntamente o por otros medios”.⁵²

Se reseña brevemente los hechos de cada uno de los casos citados, así como las conclusiones del TEDH:

El caso *Schalk y Kopf vs. Austria*: Los demandantes, nacidos en 1962 y 1960, respectivamente, son una pareja del mismo sexo que vive en Viena. En 2002 iniciaron trámites para contraer matrimonio, y las autoridades austríacas entendieron que carecían de capacidad para ello, porque ambos eran hom-

⁵¹ La sentencia en el caso *Schalk y Kopf vs. Austria* (No. 30141/04) fue dictada por una Sala del TDH el 24 de junio de 2010 y adquirió carácter definitivo el 22 de noviembre de 2010, con arreglo al art. 44.2 del Convenio (texto establecido por el Protocolo N° 11).

⁵² La sentencia en el caso *X, Y y Z vs. Reino Unido* (No. 21830/93) fue dictada por la Gran Sala el 22 de abril de 1997.

bres, y según el artículo 44 del Código Civil sólo puede contraerse matrimonio entre dos personas de sexo opuesto (párr. 7 a 9). En Austria existe una Ley sobre uniones registradas (Eingetragene Partnerschaft-Gesetz), que da a las parejas de un mismo sexo “un mecanismo formal para reconocer sus relaciones y darles efecto jurídico” con caracteres análogos a los del matrimonio en muchos aspectos (tales como “el derecho sucesorio, el derecho laboral, social y de seguros sociales, el derecho fiscal, el derecho relativo al procedimiento administrativo, el derecho relativo a la protección de datos y a la función pública, las cuestiones relativas a pasaportes y registro, y el derecho relativo a los extranjeros” (párr. 16 a 22). No obstante, subsisten diferencias en varios otros aspectos, en particular en lo tocante a la posibilidad de adoptar o de recurrir a la inseminación artificial.

Las consideraciones de derecho comienzan (párr. 24 a 26) con un análisis de la normativa de la Unión Europea (artículo 9 de la Carta de Derechos Fundamentales⁵³ y varias directivas), y en particular del derecho de los 47 Estados miembros del Consejo de Europa (párr. 27 a 34). Sólo seis de ellos prevén que las parejas de un mismo sexo tengan igualdad de acceso al matrimonio; otros 13 tienen “ciertas disposiciones legislativas que permiten que las parejas de un mismo sexo registren su relación”. Un Estado “reconoce a las parejas de un mismo sexo que cohabitan a ciertos efectos limitados, pero no les dé la posibilidad de registro”. Con referencia a las consecuencias materiales, parentales y de otra índole, el TEDH dice que “las consecuencias jurídicas de las uniones registradas varían desde las que son casi equivalentes al matrimonio hasta las que dan derechos relativamente limitados”. El TEDH pasa entonces a considerar los principios generales y su aplicación al caso concreto, y finalmente examina la aplicabilidad del artículo 14 considerado conjuntamente con el

⁵³ “Artículo 9 –Derecho a contraer matrimonio y derecho a fundar una familia– Se garantizan el derecho a contraer matrimonio y el derecho a fundar una familia según las leyes nacionales que regulen su ejercicio”. Como se advierte, desaparece la referencia a “el hombre y la mujer”, pero hay una remisión general a lo que dispongan las leyes nacionales.

artículo 8 y la alegación de que había sido violado.

Principios generales. El TEDH recuerda que, según su jurisprudencia establecida, “el artículo 12 asegura el derecho fundamental de un hombre y una mujer a casarse y fundar una familia”, un derecho cuyo ejercicio da lugar a “consecuencias personales, sociales y jurídicas”. Si bien está sujeto a las leyes nacionales de los Estados contratantes, “las limitaciones que por esa vía se introduzcan no deben restringir ni reducir el derecho de un modo o en una medida tales que se afecte la esencia misma del derecho” (párr. 49). Por otro lado, el TEDH “aún no había tenido la oportunidad de examinar si dos personas que son del mismo sexo pueden invocar un derecho a casarse”, pero “podían derivarse ciertos principios” de su jurisprudencia relativa a transexuales, en la que inicialmente consideró que “el apego al concepto tradicional de matrimonio que subyace al artículo 12 constituía una razón suficiente para que el Estado demandado siguiera adoptando criterios biológicos para determinar el sexo de una persona a los efectos del matrimonio” (párr. 50-51). Esa jurisprudencia cambió a partir del caso *Christine Goodwin*,⁵⁴ en el que, teniendo en cuenta los “importantes cambios sociales en la institución del matrimonio” ocurridos después de la adopción del Convenio, citando el artículo 9 de la Carta Europea y tomando nota de que había “una aceptación generalizada del matrimonio de transexuales en su género asignado”, consideró que “los términos del artículo 12 no tenían que seguir entendiéndose en el sentido de determinar el género por criterios puramente biológicos”. En consecuencia, “la imposibilidad de que una transexual postoperatoria se casara en su género asignado violaba el artículo 12” (párr. 52). En otros dos casos relativos a matrimonios integrados por una mujer y una transexual que había pasado del sexo masculino al sexo femenino,⁵⁵ el TEDH había determinado (párr. 53)

⁵⁴ *Christine Goodwin vs. Reino Unido* (no. 28957/95), sentencia de la Gran Sala de 11 de julio de 2002.

⁵⁵ *Parry vs. el Reino Unido* (dec.), no. 42971/05, ECHR 2006-XV, y *R. y F. vs. el Reino Unido* (dec.), no. 35748/05, 28 de noviembre de 2006.

que la queja relativa a la exigencia legal de que pusieran fin a su matrimonio para que la transexual pudiera “obtener el pleno reconocimiento jurídico de su cambio de género” era “manifiestamente infundada”. El TEDH observó que “el derecho interno sólo permitía el matrimonio entre personas de género opuesto, ya fuese derivado de la atribución al nacer o de un procedimiento de reconocimiento de género, mientras que no se permitían los matrimonios de un mismo sexo”, y que “el artículo 12 consagraba el concepto tradicional de que el matrimonio era entre un hombre y una mujer”. Si bien “reconoció que varios Estados contratantes habían extendido el ámbito del matrimonio para comprender a parejas de un mismo sexo”, señaló que “ello reflejaba la visión propia [de dichos Estados] acerca del papel del matrimonio en sus sociedades” pero “no derivaba de una interpretación del derecho fundamental consagrado en el Convenio en 1950”. Por lo tanto, “estaba dentro del margen de apreciación del Estado la forma de regular los efectos del cambio de género en los matrimonios preexistentes”. Por otro lado, si los demandantes optaban por divorciarse, tenían la posibilidad de entrar en una unión civil, cosa que “contribuía a la proporcionalidad del régimen de reconocimiento de género que impugnaban”.

Sobre este particular, el día 9 de junio de 2016, el TEDH decidió el caso *Chapin and Charpentier v. Francia*:

El Tribunal recuerda que los Estados siguen siendo libres con respecto al artículo 14° combinado con el artículo 8° de no otorgar derecho al matrimonio más que a las parejas heterosexuales y que benefician de cierto margen de apreciación para decidir de la naturaleza exacta del estatus conferido por otros modos de reconocimiento jurídico (*Schalk y Kopfantes* citado, fracción 108 y *Gas y Dubois* antes citado,

fracción 66).

El TEDH dijo que el derecho a casarse es otorgado por el artículo 12 a “el hombre y la mujer” (men and women, l’homme et la femme) y que, si bien dicho artículo considerado aisladamente podría interpretarse en el sentido de “excluir el matrimonio entre dos hombres o dos mujeres”, considerado en el contexto debía tenerse presente que, “en contraste, todos los demás artículos sustantivos del Convenio otorgan los derechos y libertades a “toda persona” o disponen que “nadie” podrá ser sometido a ciertos tipos de tratos prohibidos”. La elección de las palabras “el hombre y la mujer” debía considerarse “deliberada”, especialmente en “el contexto histórico” del decenio de 1950, cuando “el matrimonio se entendía en el sentido tradicional de unión entre contrayentes de sexo diferente”. En lo tocante a “la conexión entre el derecho a casarse y el derecho a fundar una familia”, la conclusión a que había llegado el TEDH en el caso Christine Goodwin de que “la imposibilidad de una pareja para concebir o actuar como padres de un niño” no excluía per se el derecho a casarse, “no permitía llegar a conclusión alguna acerca de la cuestión del matrimonio entre personas de un mismo sexo” (párr. 56). Si bien “el Convenio es un instrumento viviente que debe interpretarse en las condiciones actuales”, y “el matrimonio ha sufrido importantes cambios sociales”, el TEDH observó que “no hay un consenso europeo acerca del matrimonio entre personas de un mismo sexo”, que sólo está permitido en seis de los 47 Estados parte en el convenio (párr. 58). El caso que se consideraba debía distinguirse del caso Christine Goodwin, en el que se había reconocido que había “una convergencia de estándares acerca del matrimonio de transexuales en su género asignado” y se trataba del “matrimonio entre personas de distinto género”, si éste no se toma sólo en sentido biológico (párr. 59). [Con ello, el TEDH estaba coincidiendo

do con la afirmación de las organizaciones no gubernamentales intervinientes en el caso, según las cuales “si bien el tribunal había subrayado frecuentemente que el convenio era un instrumento viviente que debía interpretarse en las condiciones actuales, sólo había utilizado ese enfoque para desarrollar su jurisprudencia cuando había percibido una convergencia de estándares entre los Estados miembros”.]

Asimismo en el caso *Chapin and Charpentier v. Francia*, también señaló:

El Tribunal reiteró esta conclusión en las recientes sentencias *Hämäläinen* y *Oliari* y otros, antes citadas. En la sentencia *Hämäläinen* (fracción 96), recordó que el artículo 12º reconocía el concepto tradicional de matrimonio, a saber la unión de un hombre y una mujer y que, si bien era cierto que cierto número de Estados miembros habían otorgado el derecho al matrimonio a los contrayentes de mismo sexo, este artículo no podía entenderse como que imponía la misma obligación a los Estados contratantes.

En cuanto al artículo 9 de la Carta Europea (ilustrado por su comentario oficial), la eliminación deliberada de la referencia a “un hombre y una mujer” ampliaba su alcance en relación con los artículos concordantes de otros instrumentos de derechos humanos, pero “la referencia al derecho interno reflejaba la diversidad de las reglamentaciones nacionales, que van desde permitir el matrimonio entre personas del mismo género hasta la prohibición explícita” y dejaba librada a los Estados la decisión al respecto⁵⁶ (párr. 60). Teniendo en cuenta el artículo 9 de la Carta, el TEDH concluyó que “ya no consideraría que el derecho a casarse consagrado en el artículo 12 debe limitarse en toda

⁵⁶ Según el comentario, “puede argumentarse que no hay obstáculos para reconocer las relaciones entre personas del mismo sexo en el contexto del matrimonio”, pero “no hay una exigencia explícita de que las leyes internas faciliten tales matrimonios”.

circunstancia al matrimonio entre dos personas de sexo opuesto”, por lo cual dicho artículo era aplicable al caso, pero subrayó que “la cuestión de si se ha de permitir o no el matrimonio entre personas de un mismo sexo está librado a la reglamentación por el derecho nacional” de cada Estado (párr. 61). Observó que “el matrimonio tiene connotaciones sociales y culturales profundamente arraigadas que pueden diferir ampliamente de una sociedad a otra”, y que el TEDH “no puede apresurarse a anteponer su propio criterio al de las autoridades nacionales, que están mejor ubicadas para responder a las necesidades de la sociedad” (párr. 62). En consecuencia, determinó que “el artículo 12 no impon[ía] al Gobierno demandado la obligación de otorgar el derecho a casarse a una pareja de personas de un mismo sexo, como los demandantes” (párr. 63), y que no se había violado dicho artículo (párr. 64).

Según el TEDH, “el artículo 149 complementa las demás disposiciones sustantivas del Convenio y sus Protocolos. No tiene existencia independiente, pues surte efecto únicamente en relación con “[e]l goce de los derechos y libertades” salvaguardados por dichas disposiciones” (párr. 89). En distintas sentencias (la última de los cuales⁵⁷ era de 2001), el TEDH había determinado que “la noción de familia” en el artículo 12 comprendía también a las uniones de hecho, “cuando las partes viven juntas sin estar casadas”, pero en cuanto a las parejas de un mismo sexo sólo había reconocido que constituían “vida privada” pero no “vida familiar” (párr. 91-92). En el caso *Schalk y Kopf vs. Austria*, el TEDH cambia esa jurisprudencia (como se indica en el párr. 174 de la sentencia a que se refiere el presente voto), por considerar que después de 2001 se había producido “una rápida evolución de las actitudes sociales hacia las parejas de un mismo sexo en numerosos Estados miembros”, y “una considerable cantidad” de éstos había “otorgado reconocimiento jurídico a las parejas de un mismo sexo”. Asimismo en varias disposiciones de la

⁵⁷ *Mata Estevez vs. España* (dec.), no. 56501/00, ECHR 2001-VI, 10 de mayo de 2001.

Unión Europea se reflejaba “una creciente tendencia a incluir a las parejas de un mismo sexo en la noción de ‘familia’” (párr. 93). “Habida cuenta de esa evolución,” el TEDH consideró: “artificial mantener la opinión de que, en contraste con una pareja de sexos opuestos, una pareja de un mismo sexo no puede gozar de “vida familiar” a los efectos del artículo 8”, y que, “[c]onsiguientemente, la relación entre los demandantes, una pareja del mismo sexo que cohabita y vive en una unión de hecho estable, está comprendida en la noción de “vida familiar”, como lo estaría una relación de una pareja de sexos opuestos en la misma situación” (párr. 94).

Habiendo determinado así que los hechos del caso estaban comprendidos “tanto en la noción de vida privada como en la de vida familiar”, y que era aplicable el artículo 14 considerado conjuntamente con el artículo 8 (párr. 95), el TEDH pasó a considerar si había sido violado (párr. 96-110). Para llegar a tal determinación tendría que encontrar “una diferencia en el trato de personas en situaciones relevantemente análogas”, que será “discriminatoria si no tiene una justificación objetiva y razonable; en otras palabras, si no persigue un fin legítimo o si no hay una razonable relación de proporcionalidad entre los medios empleados el fin perseguido”. A ese respecto, los Estados “gozan de un margen de apreciación” (párr. 97). Por un lado, “igual que las diferencias basadas en el sexo, las diferencias basadas en la orientación sexual requieren como justificación razones particularmente serias”, pero habitualmente se reconoce a los Estados “un amplio margen” en lo tocante a “medidas generales de estrategia económica o social” (párr. 97), y uno de los factores pertinentes para determinar el alcance del margen de apreciación puede ser “la existencia o inexistencia de un espacio de coincidencia (common ground)”. El TEDH partió de “la premisa de que las parejas de un mismo sexo son tan capaces como las parejas de sexos diferentes de mantener relaciones estables de compromiso”, por lo cual están en “una situación relevantemente análoga a la de

una pareja de sexos diferentes en lo tocante a su necesidad de reconocimiento jurídico y protección de su relación” (párr. 99). No obstante, determinó que, si bien no se había permitido que los demandantes se casaran, una ley posterior a la presentación de la demanda pero anterior a la sentencia (la Ley sobre uniones registradas,⁵⁸ que entró en vigor el 1 de enero de 2010) había brindado un reconocimiento legal alternativo (párr. 102). Si bien “existe un incipiente consenso europeo hacia el reconocimiento de las parejas del mismo sexo”, que se desarrolló “rápidamente durante el último decenio”, todavía no son mayoría los Estados que dan otorgan ese reconocimiento jurídico. Se trata de una esfera en que “los derechos están en evolución y no hay un consenso establecido”, de modo que “los Estados deben gozar también de un margen de apreciación en cuanto a la fecha en que introducen los cambios legislativos” (párr. 105). En conclusión, luego de analizar la condición jurídica de las uniones registradas y las diferencias que subsistían con respecto a los matrimonios, el TEDH dijo que no veía “ninguna indicación de que el Estado demandado hubiese excedido su margen de apreciación al seleccionar los derechos y obligaciones conferidos por las uniones registradas” (párr. 109) y determinó que no se había violado el artículo 14 considerado conjuntamente con el artículo 8 (párr. 110).

Hasta aquí, se desprende un respeto a la autonomía de los Estados miembros, su visión pluricultural y respeto a la democracia de todos sus ciudadanos, sin imponer un criterio, con la única limitante de no discriminar a ninguna persona de sus derechos humanos.

El caso X, Y y Z vs. Reino Unido: El primer demandante, “X”, nació, con cuerpo femenino, en 1955, pero desde los cuatro años se sentía sexualmente inadecuada y le atraían roles de conducta “masculinos”. Esa discrepancia le hizo sufrir depresión suicida durante su adolescencia. En 1975,

⁵⁸ Supra, párr. 6.

inició un tratamiento hormonal y comenzó a vivir y trabajar como hombre. Desde 1979 ha vivido en unión permanente y estable con la segunda demandante, “Y”, una mujer nacida en 1959, y poco después de iniciar dicha convivencia, se sometió a cirugía de reasignación de género. La tercera demandante, “Z”,⁵⁹ fue dada a luz en 1992 por “Y” mediante inseminación artificial por un donante (IAD). Posteriormente, “Y” dio a luz otro hijo por el mismo método. El planteamiento ante el TEDH se debió a que las autoridades del Reino Unido habían denegado la petición de “X” de ser inscripto como padre de “Z” en el registro civil.

De lo anterior, el TEDH recordó, citando varias sentencias anteriores, que “la noción de “vida familiar” en el artículo 8 no se limita únicamente a las familias basadas en el matrimonio y puede abarcar otras relaciones de hecho”, y añadió que “[a]l decidir si puede considerarse que una relación constituye “vida familiar”, pueden ser pertinentes varios factores, entre ellos, si la pareja vive junta, la duración de su relación y si han demostrado su compromiso mutuo teniendo hijos conjuntamente o por otros medios (párr. 36)”. Como punto de partida, consideró que “debe tenerse en consideración el justo equilibrio (fair balance) que debe lograrse entre los intereses en competencia del individuo y de la comunidad en conjunto” y que “el Estado goza de cierto margen de apreciación” (párr. 41). En lo tocante al punto concreto del reconocimiento como padre (párr. 44), el TEDH observó que “no hay un estándar común europeo con respecto al otorgamiento de derechos parentales a los transexuales” y que no se ha demostrado “que existe un enfoque generalmente compartido entre las Altas Partes Contratantes acerca de la manera en que debería reflejarse en el derecho la relación social entre un niño concebido mediante IAD y la persona que desempeña el papel de padre”. Añadió que, “si bien la tecno-

⁵⁹ En su voto concurrente, el magistrado L-E. Pettiti dijo que “[s]i se planteara otro caso como éste, indudablemente sería deseable que la Comisión y la Corte sugiriesen a las partes que se instruyera específicamente a un abogado para representar exclusivamente los intereses del niño”.

logía de la procreación médicamente asistida ha estado disponible en Europa durante varios decenios, muchas de las cuestiones que plantea, en particular con respecto a la cuestión de la filiación, siguen siendo objeto de debate. Por ejemplo, no hay consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa sobre la cuestión de si los intereses de un niño concebido de tal manera son mejor contemplados preservando el anonimato del donante del esperma o si el niño debería tener derecho a conocer la identidad del donante". De allí se deriva que las cuestiones planteadas en el caso "afectan esferas en las que hay muy poco espacio de coincidencia (common ground)" entre los Estados miembros del Consejo de Europa y, en general, el derecho parece estar en una etapa de transición, debe reconocerse al Estado demandado una amplio margen de apreciación". Finalmente dijo que, "habida cuenta de que la transexualidad plantea complejas cuestiones científicas, jurídicas, morales y sociales, con respecto a las cuales no existe un enfoque generalmente compartido entre los Estados Contratantes, el Tribunal opina que no puede considerarse, en este contexto, que el artículo 8 implique una obligación del Estado demandado de reconocer como padre de un niño a una persona que no sea el padre biológico". Por lo tanto (párr. 52), "el hecho de que la legislación del Reino Unido no otorgue un reconocimiento jurídico especial a la relación entre X y Z no configura un incumplimiento del deber de respetar la vida familiar en el sentido de dicha disposición".

Es de destacar que las resoluciones del TEDH no significan que la Corte Interamericana deba tomarlas como precedentes obligatorios. ya que sólo tienen "valor persuasivo" en la medida en que el razonamiento contenido en ellas sea intrínsecamente convincente, cosa que dependerá, en buena medida, "de la jerarquía de la corte de que emanen, y de la personalidad del juez que redactó el fallo".⁶⁰

⁶⁰ Alberto Pérez Pérez, Reseña de la vida jurídica angloamericana, en *La Revista de Derecho Jurisprudencia y Administración*, t. 61, p. 112.

La Corte IDH ha establecido, al igual que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que los tratados de derechos humanos son instrumentos vivos, cuya interpretación tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales.⁶¹ Tal interpretación evolutiva es consecuente con las reglas generales de interpretación consagradas en el artículo 29 de la Convención Americana, así como las establecidas por la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados,⁶² pero en el entendido de que para avanzar en ese terreno es necesario que exista un consenso, un espacio de coincidencia o una convergencia de estándares entre los Estados partes.

Tal es lo que ocurre en el caso del reconocimiento de que la discriminación fundada en la orientación sexual debe entenderse prohibida, pues existe no sólo entre los Estados partes de la Convención Americana, sino entre todos los Estados miembros de la OEA, un claro concepto al respecto, expresado en las resoluciones de la Asamblea General, sin embargo, no puede decirse que ocurra lo mismo en relación con la evolución de la noción de familia y su calidad de base o elemento esencial o natural de la sociedad, que sigue estando presente incluso en las Constituciones de numerosos Estados partes. El hecho incontrovertible de que actualmente exista una pluralidad de conceptos de familia, como se recoge en la nota 191 de la sentencia de *Atala Riffo y Niñas vs. Chile*,⁶³ no quiere decir que necesariamente todos y cada uno de ellos hayan

⁶¹ Cfr. El Derecho a la Información sobre la Asistencia Consular en el Marco de las Garantías del Debido Proceso Legal. Opinión Consultiva OC-16/99 de 1 de octubre de 1999. Serie A No. 16, párr. 114 y Caso de la Masacre de Mapiripán Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 106. En el Tribunal Europeo ver T.E.D.H., Caso Tyrer v. Reino Unido, (No. 5856/72), Sentencia de 25 de abril de 1978, párr. 31.

⁶² Cfr. Opinión Consultiva OC-16/99, *supra* nota 93, párr. 114 y Caso de la Masacre de Mapiripán Vs. Colombia, *supra* nota 93, párr. 106.

⁶³ El texto de la nota 191 es el siguiente (cursivas añadidas): “Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 21 (13° período de sesiones, 1994). La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares, párr. 13 (“La forma y el concepto de familia varían de un Estado a otro y hasta de una región a otra en un mismo Estado. Cualquiera que sea la forma que adopte y cualesquiera que sean el ordenamiento jurídico, la religión, las costumbres o la tradición en el país, el tratamiento de la mujer en la familia tanto ante la ley como en privado debe conformarse con los principios de igualdad y justicia para todas las personas, como lo exige el artículo 2 de la Convención”); Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia, CRC/C/GC/7, 30 de septiembre de 2005, párrs. 15 y 19 (“El Comité reconoce que ‘familia’ aquí se refiere a una variedad de estructuras que pueden ocuparse de la atención, el cuidado y el desarrollo de los niños pequeños y que incluyen a la familia nuclear, la familia ampliada y otras modalidades tradicionales y modernas de base comunitaria, siempre que sean acordes con los derechos y el interés superior del niño. [...] El Comité observa que en la práctica los modelos familiares son variables y cambiantes en muchas regiones, al igual que la disponibilidad de redes no estructuradas de apoyo a los padres, y existe una tendencia global hacia una mayor diversidad

de corresponder a lo que la Convención Americana, incluso interpretada evolutivamente según los parámetros mencionados (supra, párr. 9 y 18), entiende por familia como “elemento natural y fundamental de la sociedad”, o a lo que los Estados partes que tienen disposiciones análogas entienden por tal. Tampoco quiere decir que todos los Estados partes deban reconocer a todos los conceptos o modelos de familia. Precisamente, en su Observación General N° 19, el Comité de Derechos Humanos, en el mismo párrafo en que observa que:

“el concepto de familia puede diferir en algunos aspectos de un Estado a otro, y aun entre regiones dentro de un mismo Estado, de manera que no es posible dar una definición uniforme del concepto”.

Destaca que, “cuando la legislación y la práctica de un Estado consideren a un grupo de personas como una familia, éste debe ser objeto de la protección prevista en el artículo 23. Por consiguiente, en sus informes, los Estados Parte deberían exponer la interpretación o la definición que se da del concepto de familia y de su alcance en sus sociedades y en sus ordenamientos jurídicos. Cuando existieran diversos conceptos de familia dentro de un Estado, “nuclear” y “extendida”, debería precisarse la existencia de esos diversos conceptos de familia, con indicación del grado de protección de una y otra. En vista de la existencia de diversos tipos de familia, como las de parejas que no han contraído matrimonio y sus hijos y las familias monoparentales, los Estados Parte deberían también indicar en qué medida la legislación y las prácticas

en el tamaño de la familia, las funciones parentales y las estructuras para la crianza de los niños”; Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 19 (39° período de sesiones, 1990). La familia (artículo 23), HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), párr. 2 (“El Comité observa que el concepto de familia puede diferir en algunos aspectos de un Estado a otro, y aun entre regiones dentro de un mismo Estado, de manera que no es posible dar una definición uniforme del concepto”). Cfr. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 16 (32° período de sesiones, 1988). Derecho a la intimidad (artículo 17), HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), párr. 5 (“En cuanto al término “familia”, los objetivos del Pacto exigen que, a los efectos del artículo 17, se lo interprete como un criterio amplio que incluya a todas las personas que componen la familia, tal como se entienda ésta en la sociedad del Estado Parte de que se trate”).

nacionales reconocen y protegen a esos tipos de familia y a sus miembros". En otras palabras, es una de las esferas en que resulta más necesario reconocer un margen de apreciación nacional.

Propuesta a otra figura de matrimonios igualitarios no es contraria a los Derechos humanos y la no discriminación

La Dignidad Humana es el soporte axiológico de los derechos humanos, como valor inherente de todas las personas humanas, sin embargo, la diversidad y pluralidad es una base ontológica de todas las personas que integramos el género humano, mismas que como integrantes de una comunidad universal, también existen distinciones culturales y de identidad que se construyen a través del tiempo. La familia, es la célula natural de esa sociedad, misma que su integración se estableció y reguló a través del matrimonio, con características peculiares y diferenciales.

El matrimonio expresa la necesidad social de certeza en las relaciones jurídicas, sin embargo, lejos de ser simplemente un asunto privado, es un asunto público de rendición de cuentas de los cónyuges a la sociedad, en particular para la generación y la educación de los niños.

Se funda en un reconocimiento y respeto mutuo, así como de bienes de los cónyuges, mira a la procreación de la especie y a la educación de la prole y el enriquecimiento de valores, mismo que se encuentra fundamentado en un aspecto psicológico, biológico y ontológico.

Tiene una doble naturaleza en primer término es una Institución natural que surge por la diversidad de sexos, y en segundo lugar es un negocio jurídico toda vez que se consideran que la declaración de voluntad de los esposos tiende a producir efectos jurídicos.

Los fines esenciales del matrimonio son la procreación, la educación de la prole y la ayuda mutua, que actualmente se establece como el bienestar de los

cónyuges, enfatizando que la procreación, sólo se puede llevar por la intervención de un hombre y una mujer, independientemente de las técnicas de fertilización asistida, siempre es un requisito sine qua non, tomando en consideración que la auto conservación de la especie y las del cuidado de la prole,⁶⁴ es un fundamento meta jurídico en la naturaleza humana, en ese sentido, el enlace que se contrae libremente con el matrimonio tiene una calidad específica y su significado específico, no asimilable a otros tipos de unión. Otras formas de una estrecha convivencia entre las personas, en como son el objetivo es también el afecto y la atención mutua, pero no la relación de reciprocidad completa entre los sexos y generaciones (que es precisamente el patrón que caracteriza a la familia), expresan una diferente la naturaleza y la calidad de la unión. La cohabitación no se basa en el matrimonio (Unión de facto o libre) no es aquello a lo que la ley niega importancia.

El matrimonio al ponerlo igualitario entre las personas del mismo sexo, como se establece en la iniciativa del presidente EPN, es rebajar el matrimonio a un reconocimiento de cohabitación legal, cortado a la medida de los que quieren a sí mismos derechos que compiten a la familia, no asumiendo los deberes que son simétricas y eliminando elementos consubstanciales a los seres humanos.

Proponiendo una figura jurídica denominada “uniones civiles”, propuesta para regular las uniones de hecho, diversas a las heterosexuales, para no discriminar y más aún, ser inclusivas de todas las personas, ajustando de forma proporcional una figura jurídica análoga al matrimonio, en el entendido, que ese nuevo término se predica análogamente de dos realidades cuando se atribuye a cada una de ellas de manera en parte igual y en parte diversa. La analogía está entre la identidad y la diferencia. Se tendrá que transponer y tener acceso al sentido profundo, e incluso al oculto, podríamos decir: superar

⁶⁴ Cfr. Gracia Alonso, Luz, *Ética o filosofía moral* edit. Trillas, México, 2006, p. 110.

la univocidad, evitar la equivocidad y lograr la analogía.⁶⁵

En el análisis analógico lo relativo es lo singular y contingente (parte diferente) y lo igual son absolutos universales y necesarios. Lo singular es factor de diversidad, mientras que lo universal es factor de identidad, igualdad o semejanza.

Para ser acorde al tema en cuestión, la analogía es proporción, es una igualdad proporcional a cada cual según la proporción que le toca, su porción.

Para mejor entendimiento, se especifica que la identidad, la igualdad y la semejanza son relaciones entre entes derivadas de la unidad.

Asimismo, la diversidad, diferencia y distinción son relaciones entre entes, opuestas a la unidad:

- a) La diversidad es la multitud en la esencia, y se opone a la identidad: así decimos que un hombre y una mujer son diversos, según su esencia;
- b) La diferencia es un tipo de diversidad: son diferentes las cosas que convienen en algo, y;
- c) La distinción es la negación de identidad.⁶⁶

Con frecuencia *distinto* (en latín, *alius*) se refiere al *suppositum*; en cambio, *diverso* indica siempre distinción de naturaleza, es decir, diferencia. El principio *agere sequitur esse* (la actividad es proporcional al ser) es prueba de este argumento y en particular de las distinciones y diferencias entre las personas.⁶⁷

En este sentido se puede proponer “un mecanismo formal para reconocer sus relaciones y darles efecto jurídico” con caracteres análogos a los del matrimonio en muchos aspectos (tales como “el derecho sucesorio, el derecho

⁶⁵ Cfr. Bechuot, Mauricio, *Tratado de hermenéutica analógica, hacia un nuevo modelo de interpretación*, colección seminarios, facultad de filosofía y letras UNAM, edit. ITACA, tercera edición, 2005, p.14.

⁶⁶ *Ibidem* p. 89

⁶⁷ Ver: <https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/sexo-y-sexualidad/anatomia-sexual-y-reproductiva>

laboral, social y de seguros sociales, el derecho fiscal, el derecho relativo al procedimiento administrativo, el derecho relativo a la protección de datos y a la función pública, las cuestiones relativas a pasaportes y registro, y el derecho relativo a los extranjeros”.

Sobre el particular y analizando que esta propuesta se encuentra bajo los estándares de los derechos humanos, dentro del sistema interamericano, el artículo 29 de la CADH ha sido considerado por la Corte IDH como la base normativa de los principios específicos de interpretación de todos los derechos reconocidos en este tratado.⁶⁸

“Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de:

⁶⁸ Es importante resaltar que si bien el artículo 29 de la CADH no es la única norma internacional que puede ser considerada como una positivización del principio pro persona, sin duda es la que más desarrollo ha tenido en la jurisprudencia interamericana en materia de derechos humanos, de ahí su importancia para el debate sobre la integración constitucional del principio pro persona. No obstante, hay que conocer otras normas análogas al artículo 29 de la CADH que se han integrado en diversos tratados en derechos humanos con el fin de mantener un grado de cohesión y congruencia en un sistema normativo (internacional), el cual se caracteriza por su fragmentación. Entre dichos artículos destacan, en primer lugar, los artículos 5° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y 5° PIDESC. De la misma forma, otros tratados especializados, tanto regionales como universales, contienen reglas de construcción normativa similar, aun cuando parecen tener un alcance más restringido que responde a la naturaleza específica de cada instrumento. Véanse, por ejemplo:

- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Cartagena de Indias, Colombia, 9 de diciembre de 1985, artículo 15: “Nada de lo dispuesto en la presente Convención podrá ser interpretado como limitación del derecho de asilo, cuando proceda, ni como modificación a las obligaciones de los Estados Partes en materia de extradición”; y artículo 16: “La presente Convención deja a salvo lo dispuesto por la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por otras convenciones sobre la materia y por el Estatuto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos respecto del delito de tortura”.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su xviii período de sesiones, San Salvador, 17 de noviembre de 1988, artículo 4°. No admisión de restricciones: “No podrá restringirse o menoscabarse ninguno de los derechos reconocidos o vigentes en un Estado en virtud de su legislación interna o de convenciones internacionales, a pretexto de que el presente Protocolo no los reconoce o los reconoce en menor grado”.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Belém do Pará, Brasil, 9 de junio de 1994, artículo 13: “Nada de lo dispuesto en la presente Convención podrá ser interpretado como restricción o limitación a la legislación interna de los Estados Parte que prevea iguales o mayores protecciones y garantías de los derechos de la mujer y salvaguardias adecuadas para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer”; y artículo 14: “Nada de lo dispuesto en la presente Convención podrá ser interpretado como restricción o limitación a la Convención Americana sobre Derechos Humanos o a otras convenciones internacionales sobre la materia que prevean iguales o mayores protecciones relacionadas con este tema”.
- 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 las Naciones Unidas en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, artículo 23: “Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a disposición alguna que sea más conducente al logro de la igualdad entre hombres y mujeres y que pueda formar parte de: a) La legislación de un Estado Parte; o b) Cualquier otra convención, tratado o acuerdo internacional vigente en ese Estado”.
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, artículo 41: “Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en: a) El derecho de un Estado Parte; o b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado”.

- a) Permitir a alguno de los Estados Parte, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella;
- b) Limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Parte o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados;
- c) Excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y
- d) Excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza".⁶⁹

La Corte IDH derivó tres ámbitos distintos para el uso de dichas normas:

- a) Determinar el contenido de distintas disposiciones de la CADH, incluido el alcance de las restricciones de las garantías establecidas por ésta.
- b) Establecer criterios de interpretación específicos de derechos humanos.
- c) Delimitar el alcance de la competencia consultiva de la propia Corte IDH.

Es importante destacar que en el marco del derecho internacional general existen ciertos criterios de interpretación, establecidos en la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969, que deben ser observados por cualquier juzgador cuanto tenga que desentrañar el sentido de una norma ante la oscuridad de sus términos. Dichos criterios incluyen, por ejemplo: a) la interpretación semántica y sintáctica –el sentido corriente de los términos o palabras–; b) la vinculación con una interpretación teleológica –tener en cuen-

⁶⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969, artículo 29.

ta el objetivo y fin del tratado–; c) la interpretación contextual –incorporar el preámbulo y anexos del tratado–, o d) la interpretación sistémica –considerar los acuerdos o prácticas posteriores a través de los cuales se puede determinar el sentido de los términos–.⁷⁰

Los principios generales de hermenéutica que aplican a cualquier tratado internacional, a través de la cual se busca responder a la naturaleza específica de las normas de derechos humanos. Incluso se podría argumentar que los principios de interpretación específicos implican, de hecho, enfatizar algunos de los principios clásicos como la importancia de atender al objeto y fin del tratado específico.

En este sentido, el matrimonio, señalado con antelación, es la adecuación que establece tanto la Convención Americana art. 17.2 como el Convenio Europeo art. 12 respectivamente:

“Artículo 17. Protección a la Familia

2. Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten al principio de no discriminación establecido en esta Convención.

Artículo 12 — Derecho a contraer matrimonio

⁷⁰ Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, A/CONF.39/27, aprobada en Viena el 23 de mayo de 1969; ratificada por México el 25 de septiembre de 1974, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de febrero de 1975, y entrada en vigor el 27 de enero de 1980: Artículo 31: “1. Un tratado deberá interpretarse de buena fe conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de éstos y teniendo en cuenta su objeto fin. 2. Para los efectos de la interpretación de un tratado, el contexto comprenderá además del texto, incluidos su preámbulo y anexos: a) todo acuerdo que se refiera al tratado y haya sido concertado entre todas las partes con motivo de la celebración del tratado; b) todo instrumento formulado por una o más partes con motivo de la celebración del tratado y aceptado por las demás como instrumento referente al tratado. 3. Juntamente con el contexto, habrá de tenerse en cuenta: a) todo acuerdo ulterior entre las partes acerca de la interpretación del tratado o de la aplicación de sus disposiciones; b) toda práctica ulteriormente seguida en la aplicación del tratado por la cual conste el acuerdo de las partes acerca de la interpretación del tratado; c) toda norma pertinente de derecho internacional aplicable en las relaciones entre las partes. 4. Se dará a un término un sentido especial si consta que tal fue la intención de las partes”. Artículo 32: “Se podrán acudir a medios de interpretación complementarios, en particular a los trabajos preparatorios del tratado y a las circunstancias de su celebración, para confirmar el sentido resultante de la aplicación del artículo 31, o para determinar el sentido cuando la interpretación dada de conformidad con el artículo 31: a) deje ambiguo u oscuro el sentido; o b) conduzca a un resultado manifestante absurdo o irrazonable”.

A partir de la edad núbil, el hombre y la mujer tienen derecho a casarse y a fundar una familia según las leyes nacionales que rijan el ejercicio de este derecho”.

Definiciones que cumplen con los criterios de interpretación señalados, a mayor abundamiento y siguiendo la propuesta análoga, se puede observar que dicha propuesta no viola el principio de igualdad y no discriminación, toda vez que:

- No se considera superior a un determinado grupo que conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incurso en tal situación.⁷¹
- Se adoptan medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas.⁷²
- Se respetará la identidad de género, la orientación sexual y la vida sexual,⁷³ así como su derecho a disfrutar su vida privada,⁷⁴ que caen dentro de la esfera personal⁷⁵ y desarrollar relaciones con otros seres humanos⁷⁶ y su vida familiar.⁷⁷
- No se está apresurando o anteponiendo un criterio único o judicial, violando derechos de las personas, más bien se está proponiendo un ajuste razonable e incluyente para responder a las necesidades de la sociedad, “particularmente con razones convincentes y de peso”.⁷⁸

⁷¹ Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 del 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 101 y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek, supra nota 83, párr. 269.

⁷² Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 18, No discriminación, 10 de noviembre de 1989, CCPR/C/37, párr. 6.

⁷³ E. B. vs. Francia, antes citada, párr. 43

⁷⁴ Mata Estévez vs. España (desc.), núm. 56501/00, TEDH 2001-VI.

⁷⁵ Bensaid vs. el Reino Unido, no. 44599/98, párr. 47, ECHR 2001-I.

⁷⁶ Niemietz vs. Alemania, 16 de diciembre de 1992, párr. 29, serie a, núm. 251-B.

⁷⁷ PB y JS v. Austria, núm. 18984/02, párr. 27-30, el 22 de julio de 2010, y Schalk y Kopf, antes citada, párr. 91-94.

⁷⁸ Por ejemplo, Smith y Grady vs. El Reino Unido, núms. 33985/96 y 33986/96, párr. 90, ECHR 1999-VI; Kamer v Austria, no 40016/98, párr. 37 y 42, TEDH 2003-IX, y X y otros vs Austria, antes citada, párr. 99

- No es discriminatoria, toda vez que se está brindando una justificación objetiva y razonable;⁷⁹ persigue un fin legítimo y proporcional entre los medios empleados y el fin perseguido. A ese respecto, los Estados “gozan de un margen de apreciación”.⁸⁰ Por un lado, “igual que las diferencias basadas en el sexo, las diferencias basadas en la orientación sexual requieren como justificación razones particularmente serias y adecuadas”.⁸¹
- Se está respetando “una situación relevantemente análoga a la de una pareja de sexos diferentes en lo tocante a su necesidad de reconocimiento jurídico y protección de su relación”.⁸²

Sobre lo vertido con antelación destaca lo señalado por el TEDH: “los derechos están en evolución y no hay un consenso establecido”, de modo que “los Estados deben gozar también de un margen de apreciación en cuanto a la fecha en que introducen los cambios legislativos”. En conclusión, el TEDH dijo que no veía “ninguna indicación de que el Estado demandado hubiese excedido su margen de apreciación al seleccionar los derechos y obligaciones conferidos por las uniones registradas”.

La “prepotencia normativa del factual”, usando una expresión de Günther Anders, induce a considerar, en la cultura de hoy, como obligatorio todo lo que es posible: ya no vemos como debido lo que se puede, sino que consideramos inevitable lo que se debe.⁸³ Por lo cual, se debe regular como es debido y respetando las diferencias y pluralidad humana, dando a cada cual lo que le es propio.

⁷⁹ Véase, entre otras SAS vs. Francia [GS], núm. 43835/11, párr. 161, CEDH 2014.

⁸⁰ Christine Goodwin vs. Reino Unido (no. 28957/95), sentencia de la Gran Sala de 11 de julio de 2002, párr.97.

⁸¹ Véase Abdulaziz, Cabales y Balkandali, párr. 82; Vallianatos y otros, párr. 76.

⁸² Ídem, párr. 99.

⁸³ Anders, G., *L'uomo e antiquato. Volume II. Sulla distruzione della vita nella terza rivoluzione industriale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003, pp. 367 y ss.





ADOPCIÓN

Agustín Herrera Fragoso

En la antigua Roma, existían dos instituciones, la *adoptio* y la *adrogatio*. La *adoptio* permitía el ingreso a la familia de una persona que por estar sujeta a la patria potestad de otra era *alieni juris*,¹ en un primer momento el sujeto se desligaba de la potestad del pater al que estaba sujeto, para posteriormente incorporarse a la familia del nuevo pater.

En la *adrogatio* el incorporado a la nueva familia era un sujeto *sui juris*,² del cual a su vez dependía una familia, esta última completa se integraba al nuevo grupo familiar. La *adoptio* y la *adrogatio* tenían predominantemente fines sucesorios, no se trataba de beneficiar a un huérfano o abandonado, sino de perpetuar la dinastía y transmitir el patrimonio. Durante el imperio justiniano surgieron dos tipos de adopción; la plena realizada por un ascendiente del adoptado y en la que el adoptado se sometía a la potestad del adoptante y quedaba desligado a de su familia de origen y la *adoptio minus plena* realizada por un extraño al adoptado quedando el adoptado vinculado a su familia natural, no saliendo de ella ni de la potestad del pater familia, pero adquiriendo, en relación con el padre adoptante, derechos sucesorios.

¹ *Alieni juris* (frase latina que se podría traducir como sin derechos, o más literalmente como “bajo el derecho de otro”) es una denominación del derecho romano para aquellos que se encuentran sometidos a la patria potestad de otro.

² *Sui Juris* indica capacidad jurídica para manejar sus propios asuntos.

En España, la adopción comenzó a practicarse merced a la influencia romana, siendo aplicable a ésta, el Fuero Real, las Partidas y la Novísima Recopilación. Estos cuerpos jurídicos se aplicaron en el México Colonial, hasta la sanción del Código Civil.

Actualmente, se contemplan determinados requisitos para la integración de un menor a la familia, donde prevalece en interés superior de la niñez, así mismo, se está previendo a nivel internacional, la adopción de embriones preimplantatorios, mismos que por lo regular se encuentran criopreservados, derivado de un exceso de fertilizaciones por las técnicas de fertilización humana asistida.

Etimológicamente, deriva del latín *adoptio*, que significa desear, preferir, escoger³ y desde el punto de vista gramatical se define como acción de adoptar, entendiendo por adoptar, como hijo, con los requisitos y solemnidades que establecen las leyes, al que no lo es naturalmente.⁴ Donde sobresalen las siguientes directrices:

- a) Cuidados y asistencia especial.
- b) Vivir y crecer en el seno de una familia.
- c) Encausar un pleno y armonioso desarrollo de su personalidad.
- d) Ambiente de afecto y seguridad moral y material.

La adopción es una medida de protección del niño privado de una familia y se basa en su interés superior, no en los deseos de los adultos, ante todo consiste en dar una familia a un niño y no un niño a una familia.

Actualmente el documento que se utiliza para el proceso de adopción, se denomina certificado de idoneidad, donde la palabra idoneidad “es la cuali-

³ Cfr. Zavala Pérez, Diego, H., *Derecho Familiar*, México, Porrúa, 2006, p. 285, y Cfr. Ruíz Lugo, Rogelio A., *La adopción en México. Historia, doctrina, legislación y práctica*, México, Editorial Rusa, 2002, p. 71.

⁴ Real Academia de la Lengua Española, se puede consultar en: <http://dle.rae.es/?id=Kv6ESmN>

dad de idóneo. Como tal, se refiere a la aptitud, buena disposición o capacidad que algo o alguien tiene para un fin determinado.

Se habla también de idoneidad cuando se considera que alguien es adecuado, apropiado o conveniente, para desempeñar determinados cargos o funciones dentro de una organización.

En el cual, su fin último es buscar en todo momento una “relación estable y positiva”, donde denota un equilibrio de forma aceptable, efectivo y verdadero para toda la niñez, dentro de los actos personales e institucionales.

El marco jurídico de la adopción nacional en México ha sufrido diferentes reformas y adiciones desde la época del Virreinato hasta nuestros días, inclusive en cada entidad federativa se ha legislado de manera diversa, habida cuenta de que la materia familiar es de competencia local, se cuenta con 33 códigos civiles. Es así que es factible referirse a 33 adopciones distintas, incluyendo la regulada por el Código Federal, toda vez que se contemplan requisitos y procedimientos distintos en cada entidad federativa.

En relación con los tipos de adopción, actualmente todas las entidades federativas contemplan la adopción plena, y es importante subrayarlo debido que en 1995 sólo 7 entidades federativas habían efectuado estas reformas. Por cuanto a la adopción internacional y por extranjeros, desde las reformas y adiciones al Código Civil Federal en 1998, se incorporan ambas y sólo mediante reformas al mismo ordenamiento en 2004, se presentan algunas modificaciones.

Actualmente, destaca dentro del corpus iuris de los derechos humanos y de acuerdo como lo estableció la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) “parámetro de control de la regularidad constitucional”, se encuentra establecido dentro de los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Niñas Niños y Adolescentes artículos 2, 4, 6, 7, 13, 26, 27, 28, 29, 30, 71, 86, 105, 117 y 122, Título Octavo (de la Patria

Potestad) del Código Civil Federal, Convención de los Derechos de la Niñez en los artículos 3, 4, 5 y 19, el Protocolo Facultativo de la Convención Sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Pornografía Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía,⁵ Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño (en particular la recomendación 4 (La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño), 9 (Los derechos de los niños con discapacidad), 14 (sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial), 15 (sobre el derecho de los niños al más alto nivel posible de la salud), la Convención Interamericana sobre Conflictos de Leyes en Materia de Adopción de Menores,⁶ la Convención de la Haya sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional (1993),⁷ la Declaración de los Derechos del Niño, la Declaración sobre los Principios Sociales y Jurídicos Relativos a la Protección y al Bienestar de los Niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en Hogares de guarda en los Planos Nacional e Internacional⁸ y Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, mismas que en resumen se estructuran los siguientes parámetros:

- La Normatividad del país se estructura bajo el Principio pro persona, que es la normatividad que más proteja a la persona y bajo el amparo de los derechos humanos reconocidos en la normatividad nacional y tratados internacionales.

⁵ Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de mayo de 2000.

⁶ Los gobiernos de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprueban esta convención interamericana en 1984. México es Estado Parte desde el 12 de febrero de 1987 y entró en vigor en nuestro país el 26 de mayo de 1988.

⁷ Dentro del marco jurídico internacional de la adopción, especial mención merece esta convención que ha sido ratificada por un número significativo de países miembros y no miembros de la Conferencia la Haya de derecho internacional privado. Este instrumento internacional fue suscrito por el Estado mexicano en 1993 y ratificado por el Senado de la República en 1994, inició su vigencia el 1o. de mayo de 1995. En esta forma, México se convirtió en el primer país en América Latina en ratificar esta convención y el tercero a nivel internacional en iniciar su aplicación, actualmente la convención ha sido ratificada por 50 países y se han adherido 28, sumando 78 Estados Parte.

⁸ Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 3 de diciembre de 1986 en su resolución 41/85

- El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se elegirá la que satisfaga de manera más efectiva este principio rector.
- Para garantizar la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las autoridades realizarán las acciones y tomarán medidas, de conformidad con los principios establecidos en la Ley.
- Promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.
- Las leyes federales y de las entidades federativas deberán garantizar el ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes; así como prever, primordialmente, las acciones y mecanismos que les permitan un crecimiento y desarrollo integral pleno.
- Garantizar el acompañamiento de quien ejerza sobre ellos la patria potestad, tutela o guarda y custodia durante la sustanciación de todo el procedimiento, salvo disposición judicial en contrario, con base en el interés superior de la niñez.
- Adoptar las medidas necesarias para evitar la revictimización de niñas, niños y adolescentes que presuntamente son víctimas de la comisión de un delito o violación a sus derechos humanos.
- Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad, tutela o guarda y custodia, así como de las demás personas que por razón de sus funciones o actividades tengan bajo su cuidado niñas, niños o adolescentes, en proporción a su responsabilidad y, cuando sean instituciones públicas, conforme a su ámbito de competencia.

- El Estado mexicano se compromete a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
- El Estado mexicano respetará las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en Convención de los Derechos del Niño.
- El Estado mexicano adoptará todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
- Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él.
- El objetivo del concepto de interés superior del niño es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño.⁹

⁹ El Comité espera que los Estados interpreten el término "desarrollo" como "concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño" (Observación general N° 5, párr. 12).

- Los niños en situación de riesgo debido a sus entornos familiares y sociales deben recibir atención especial orientada a mejorar sus aptitudes para hacer frente al medio y su preparación para la vida cotidiana con el fin de promover entornos protectores y de apoyo. En este sentido, hay que entender que la violencia sexual, es una circunstancia que ubica a éste grupo etario en situación de vulnerabilidad, y salvo que esté en peligro la vida (derecho a la vida e integridad personal), donde la intervención es de urgencia e inmediata, y cuando el riesgo es inminente para la intervención, se debe empoderar a las niñas, niños y adolescentes, en la toma de decisiones, con apoyo en sus padres o cuidadores, sin que se viole la intimidad y confidencialidad del adolescente, cuando éste así lo señale y sea más benéfico que perjudicial.
- Los niños con discapacidad se deberá tomar su opinión para la correcta toma de decisiones.
- La Observación General 15: 1. Responsabilidades de los padres y otros cuidadores: “78. Las responsabilidades de los padres y otros cuidadores se mencionan expresamente en varias disposiciones de la Convención. Los padres deben cumplir sus responsabilidades actuando siempre en el interés superior del niño, de ser preciso con apoyo del Estado. Teniendo en cuenta la capacidad en desarrollo del niño, los padres y cuidadores deben cuidar y proteger al niño y ayudarlo a crecer y desarrollarse de manera saludable. Aunque en el artículo 24, párrafo 2 f), no se alude expresamente a cuidadores distintos de los padres, el Comité entiende que toda mención de los padres también se refiere a ellos”.
- La Recomendación General 4, en su rubro Orientación adecuada en el ejercicio de los derechos “establece: ‘7. La Convención reconoce las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres (o de cualquier otra per-

sona encargada legalmente del niño)’ de impartirle, en consonancia y con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención” (art. 5). El Comité cree que los padres o cualesquiera otras personas legalmente responsables del niño están obligadas a cumplir cuidadosamente con sus derechos y obligaciones de proporcionar dirección y orientación al niño en el ejercicio por estos últimos de sus derechos. Tienen la obligación de tener en cuenta las opiniones de los adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez y proporcionarles un entorno seguro y propicio en el que el adolescente pueda desarrollarse. Los adolescentes necesitan que los miembros de su entorno familiar les reconozcan como titulares activos de derecho que tienen capacidad para convertirse en ciudadanos responsables y de pleno derecho cuando se les facilita la orientación y dirección adecuadas.

- Más adelante en la Recomendación General 4: “16. El Comité pide a los Estados Parte que elaboren y apliquen de forma compatible con la evolución de las facultades de los adolescentes, normas legislativas, políticas y programas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes: a... b) proporcionando información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes (art. 27 3)); c) proporcionando a las madres y padres de los adolescentes apoyo y orientación para conseguir el bienestar tanto propio como de sus hijos (art. 24 f)), 27 (2-3)); d) facilitando el respeto de los valores y normas de las minorías étnicas y de otra índole, especial atención, orientación y apoyo a los adolescentes y a los padres (o los tutores legales), cuyas

tradiciones y normas difieran de las de la sociedad en la que viven...”

- La observación General 14 establece: Elementos que deben tenerse en cuenta al evaluar el interés superior del niño... b) La identidad del niño: “55. Los niños no son un grupo homogéneo, por lo que debe tenerse en cuenta la diversidad al evaluar su interés superior. La identidad del niño abarca características como el sexo, la orientación sexual, el origen nacional, la religión y las creencias, la identidad cultural y la personalidad. Aunque los niños y los jóvenes comparten las necesidades universales básicas, la expresión de esas necesidades depende de una amplia gama de aspectos personales, físicos, sociales y culturales, incluida la evolución de sus facultades. El derecho del niño a preservar su identidad está garantizado por la Convención (art. 8) y debe ser respetado y tenido en cuenta al evaluar el interés superior del niño.
- “56. En cuanto a la identidad religiosa y cultural, por ejemplo, al considerar la colocación en hogares de guarda o de acogida, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico (art. 20, párr. 3), y el responsable de la toma de decisiones debe tener en cuenta ese contexto específico al evaluar y determinar el interés superior del niño. Lo mismo se aplica en los casos de adopción, separación con respecto a sus padres o divorcio de los padres. La debida consideración del interés superior del niño entraña que los niños tengan acceso a la cultura (y el idioma, si es posible) de su país y su familia de origen, y la oportunidad de acceder a información sobre su familia biológica, de conformidad con la normativa jurídica y profesional del país de que se trate (véase el artículo 9, párrafo 4)”.
“57. Aunque debe tenerse en cuenta la preservación de los valores y las tradiciones religiosos y culturales como parte de la identidad del niño, las

prácticas que sean incompatibles o estén reñidas con los derechos establecidos en la Convención no responden al interés superior del niño...”

- La Observación General N° 7 (2005). Realización de los derechos del niño en la primera infancia, establece... 19. Tendencias sociales y la función de la familia. La Convención hace hincapié en que “ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño”, reconociéndose a padres y madres como cuidadores en pie de igualdad (art. 18.1). El Comité observa que en la práctica los modelos familiares son variables y cambiantes en muchas regiones, al igual que la disponibilidad de redes no estructuradas de apoyo a los padres, y existe una tendencia global hacia una mayor diversidad en el tamaño de la familia, las funciones parentales y las estructuras para la crianza de los niños. Estas tendencias son especialmente importantes para los niños pequeños, cuyo desarrollo físico, personal y psicológico está mejor atendido mediante un pequeño número de relaciones estables y afectuosas. En general, estas relaciones consisten en una combinación de madre, padre, hermanos, abuelos y otros miembros de la familia ampliada, junto con profesionales especializados en la atención y educación del niño. El Comité reconoce que cada una de estas relaciones puede hacer una aportación específica a la realización de los derechos del niño consagrados por la Convención y que diversos modelos familiares pueden ser compatibles con la promoción del bienestar del niño. En algunos países y regiones, las actitudes sociales cambiantes hacia la familia, el matrimonio y la paternidad están repercutiendo en las experiencias de primera infancia de los niños pequeños, por ejemplo tras las separaciones y reconstituciones familiares. Las presiones económicas también influyen en los niños pequeños, por ejemplo: cuando los padres se ven obligados a trabajar lejos de sus familias y sus comunidades. En otros países y regiones, la enfermedad y muerte de uno o de ambos padres

o de otro pariente debido al VIH/SIDA es ahora una característica común de la primera infancia. Estos y muchos otros factores repercuten en la capacidad de los padres para cumplir con sus responsabilidades en relación con los niños. Más en general, durante períodos de rápido cambio social, las prácticas tradicionales pueden ya no ser viables o pertinentes a las circunstancias de los padres y estilos de vida actuales, pero sin que haya transcurrido tiempo suficiente para que las nuevas prácticas se asimilen y las nuevas competencias parentales se entiendan y valoren.

- La Corte Interamericana de Derechos Humanos, establece que “se debe resguardar el rol preponderante de la familia en la protección del niño; y presentar asistencia del poder público de la familia, mediante la adopción de medidas que promuevan la unidad familiar”.¹⁰
- Las autoridades competentes garantizarán que reciban todos los cuidados que se requieran por su situación de desamparo familiar. Esta medida especial de protección tendrá carácter subsidiario, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar.
- La Declaración de los Derechos del Niño contempla diez principios, dentro de éstos cabe destacar, en relación con la adopción, los principios 6 y 9.
- El principio 6 enuncia que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. Subraya el papel que la sociedad y las autoridades públicas tienen en el cuidado de los niños sin familia y la necesidad de proveer de medios adecuados para su subsistencia. En el principio 9 se

¹⁰ Caso de la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala. Excepción Preliminar. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C N° 211; Condición Jurídica y derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02 del 28 de agosto de 2002. Serie A N° 17.

alude a que el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación y no será objeto de ningún tipo de trata.

- La Convención Interamericana sobre Conflictos de Leyes en Materia de Adopción de Menores. De acuerdo con su artículo 1: la convención se aplicará a todos los menores bajo las formas de adopción plena, legitimación adoptiva y otras instituciones afines que, equiparen al adoptado a la condición de hijo, cuya filiación esté legalmente establecida, cuando el adoptante (adoptantes) tengan su domicilio en un Estado Parte y el adoptado su residencia habitual en otro Estado Parte.
- Protocolo Facultativo de la Convención Sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Pornografía Infantil y la Utilización de Niños en la pornografía. Con la finalidad de asegurar el mejor logro de los propósitos de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados Parte acordaron en su mayoría, adoptar este protocolo, que en su artículo 2, inciso a: define a la venta de niños como todo acto o transacción en virtud del cual un niño es transferido por una persona o grupo de personas a otra, a cambio de remuneración u otra retribución; en su artículo 3.5 insta a los Estados Parte a que adopten todas las disposiciones legales y administrativas pertinentes para que todas las personas que intervengan en la adopción de un niño actúen de conformidad con los instrumentos jurídicos aplicables.

Por otro lado, un tema de actualidad y debatido, es la adopción por parejas del mismo sexo, según sea el punto de vista, su prohibición implica una discriminación para aquellos candidatos homosexuales que ya sea en pareja o solteros, pretenden adoptar a un niño (a). En este sentido, se encuentra el pronunciamiento del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso E.B.

c Francia,¹¹ en el fallo de enero de 2008 resolvió que es discriminatorio fundar una denegación de la candidatura de una persona basándose en su orientación sexual. Previamente en el 2002 la sentencia en *Fretté c. Francia*,¹² se consideró que las decisiones judiciales que denegaban al demandante la autorización para adoptar perseguían el objetivo legítimo de proteger los intereses del menor en adopción.

Asimismo, el Tribunal constató la ausencia de un consenso tanto en la comunidad científica como en la legislación de los países miembros del consejo de Europa sobre las posibles consecuencias para un menor de ser educado por padres homosexuales, por ello, reconoció un amplio margen de apreciación a las autoridades nacionales para decidir que el derecho a adoptar del demandante quedaba supeditado al interés superior del menor, en consecuencia, el Tribunal decidió que no había sido violado el convenio, al tratarse de una diferencia de trato justificada por el objetivo legítimo y por la proporcionalidad de las decisiones judiciales francesas.

En países como Reino Unido, Bélgica, España, Países Bajos, Noruega, Suecia, Alemania, Islandia, en algunos Estados de la Unión Americana y en la provincia de Québec, se autoriza la adopción por una pareja homosexual, las condiciones varían en cada uno de éstos, inclusive en Canadá sólo se concede la posibilidad para una adopción nacional. Lo anterior es comprensible tomando en consideración que en adopción internacional no todos los países de origen del infante, aceptan la adopción por parejas del mismo sexo y por otra parte se tiene una larga lista de matrimonios de diferente sexo, en espera de la asignación de un menor en adopción, y es a éstos a quienes se les otorga preferencia.

Sobre éste particular, en México, es propio citar la jurisprudencia que es-

¹¹ Solicitude núm. 43546/02, de 22 de enero de 2008. para un comentario sobre esta sentencia, véase Marcos Martín, T., la adopción por parte de persona homosexual y su relación con el derecho a la vida familiar y la no discriminación por razón de sexo. comentario a la sentencia del TEDH de 22 de enero de 2008, *Revista General de Derecho Europeo*, 2008, núm. 18.

¹² Solicitude núm. 36515/97, de 26 de febrero de 2002.

tableció la SCJN:

Adopción. El interés superior del menor de edad se basa en la idoneidad de los adoptantes, dentro de la cual son irrelevantes el tipo de familia al que aquél será integrado, así como la orientación sexual o el estado civil de éstos.¹³

El punto fundamental a considerar en una adopción es el interés superior del niño, niña o adolescente, con la intención de que éste forme o se integre en una familia en la cual reciba afecto, cuidados, educación y condiciones adecuadas para su desarrollo, derechos todos inherentes a su persona. La idoneidad de las personas para ser consideradas para adoptar debe atender únicamente a la posibilidad de brindar cuidado y protección al menor de edad, para incluirlo a una familia, y no puede atender, de manera alguna, a la pertenencia a un tipo de familia por un tipo de estado civil (soltero, casado, en concubinato, en sociedad de convivencia), ni por cierta orientación sexual.

Pertenecer a un estado civil en particular en modo alguno pone en riesgo, por sí mismo, el interés superior del niño, niña y adolescente, puesto que cualquier persona en lo individual y cualquier pareja del mismo o distinto sexo deben ser consideradas en igualdad de condiciones como posibles adoptantes y lo que debe ser tomado en cuenta en dicho proceso es si la persona o personas cumplen con una serie de requisitos esenciales para ser consideradas como adoptantes, es decir, si cuentan con las características, virtudes y cualidades para brindarle una familia a los menores de edad.

Dentro de dichos requisitos esenciales, no puede figurar el tipo de unión civil al que pertenezcan los posibles adoptantes, ni la orientación sexual de éstos, pues estas circunstancias no inciden en su idoneidad para brindar a los niños, niñas y adolescentes una familia en donde éstos se desarrollen integralmente. En ese sentido, es insostenible la interpretación –implícita o explícita– en el sentido de que la homosexualidad de los adoptantes implica una

¹³ TJ: Constitucional; 10°. Época; Pleno; Gaceta S.J.F.; Libro 34, septiembre de 2016, Tomo I; Pág. 6. P./J. 8/2016 (10a.)

afectación al interés superior de los menores adoptados.

De esta manera, las autoridades se deberán regir bajo “la expresión interés superior del niño ...implica que el desarrollo de éste y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño”.

Su importancia radica en que de este proceso depende el dictamen técnico que sustenta el certificado de idoneidad. Certificar que alguien es idóneo implica un acercamiento a la realidad íntima de la persona en donde el valor clave es la certeza, es decir, el conocimiento seguro y claro de algo, con bases científicas. En este caso, la certeza (como valor tendencial) de que los solicitantes son aptos para garantizar las necesidades especiales que tiene determinado el menor y que sirve para velar por sus necesidades

Casalilla, Bermejo y Romero,¹⁴ conciben el concepto de idoneidad alrededor de tres conceptos principales. Estos son, concebirlo como:

- Dinámico porque:
 - Se evalúa en el aquí y el ahora, y dado que ciertas circunstancias pueden cambiar a lo largo del tiempo se puede ser adecuado en un momento y no en otro.
 - Por tanto, tiene un carácter circunstancial y no estructural de los solicitantes.
 - Por ello que los certificados de idoneidad tienen un periodo de vigencia.

- Relacional porque:
 - No se puede decir qué solicitante individual o familia sea adecuado

¹⁴ Casalilla, J. A., Bermejo, F. A. Y Romero, A. *Manual para la Valoración de la Idoneidad en Adopción Internacional*. Madrid: Comunidad de Madrid, IMAP y Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2008.

para todo perfil de niño. Hay quienes son adecuado para unos niños y no para otros, debido a las diferencias entre perfiles del solicitante y necesidades y características de los niños.

- No idéntico a ausencia de psicopatología porque:
 - Aunque es un requisito imprescindible no es suficiente.
 - La adopción tiene implicaciones más complejas que la paternidad biológica.
 - Las motivaciones, expectativas y otras circunstancias son clave también, y éstas pueden atentar contra el objetivo de proteger al menor (interés superior de la niñez).

Así podemos ver que el concepto no es simple, sino cargado de implicaciones importantes que inciden a la hora de realizar la asignación o emparejamiento (matching, en inglés).

Este emparejamiento tiene que venir del concepto mismo de idoneidad, en donde el centro de la atención debe ser el niño(a), y no el solicitante. Es decir, debemos buscar familias o solicitantes individuales adecuados y aptos para determinado niño, no buscar niños para determinado solicitante.

La razón de esto se encuentra en que el enfoque determina más las probabilidades de éxito, y refleja el principio sobre el cual se está trabajando, el valor rector que garantiza que nuestro trabajo cumpla con el fin para el cual está hecho.

La ley general de niñas, niños y adolescentes claramente muestra que el valor objetivo es el niño, también el mismo el Código Civil Federal indica que sea benéfica para el niño, (no dice que sea primariamente benéfica para el solicitante) y se refleja en el principio rector del “interés superior de la niñez”. Y no en la “obligación” de dar un niño a un determinado solicitante. Es verdad

que los solicitantes tienen derecho a “pedir”, pero debe verse más como un ofrecimiento que hacen, y no como un derecho a “la persona” del niño. Se debe velar siempre por la dignidad personal del niño(a), evitando que está sea mermada por el adulto.

Esto es así porque debe de evitarse la mentalidad de consumo (creciente y altamente frecuente) donde el niño (a) podría ser visto como un objeto comercial, al cual se tiene derecho. Esto puede ser sutil e implícito, y se deducirá de la actitud del solicitante, y de ciertas características psicológicas. Es obvio que esta actitud representa un obstáculo para la idoneidad, al minar de manera subrepticia el reconocimiento de la dignidad personal del niño (a). Finalmente debemos recordar que la adopción debe ser vista como un proceso de curación que implica dificultades añadidas en comparación con la paternidad biológica, que la hacen más difícil. Es un proceso curativo que hace que el centro sea el niño, la persona herida, por cuyos intereses sea ha de velar. Y cabe mencionar como apunta Vilaginés¹⁵ en el caso de una adopción el amor no garantiza absolutamente nada. No es cierto que el amor lo cure todo...” hay que tener una serie de habilidades y características específicas.

Los evaluadores deben verificar y posteriormente certificar, que determinada persona es idónea para satisfacer las necesidades acrecentadas de un niño(a) que de por sí ya trae una historia traumática, y que tiene determinadas características, para ver que solicitante tiene “medios bastantes” y aptitud para brindar un desarrollo integral al niño.

Esta idoneidad debemos verla como una combinación tanto de características y rasgos psicológicos, pero a su vez, de manera complementaria, como evaluación también de capacidades.

¹⁵ Vilaginés, C. *la otra cara de la adopción: aspectos emocionales de los que no se habla*. España: Red Ediciones, 2012.



SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

Rosario Laris MD, PhD

Resumen

- Hombre y mujer poseemos la misma dignidad, inteligencia, voluntad y libertad; es decir, nuestro valor como personas es idéntico, pero eso no implica que seamos “iguales” .
- Mujer y hombre somos diferentes, sentimos, pensamos, y actuamos en muchos casos de manera opuesta, cualidad que nos permite atraernos, complementarnos y elegirnos para amar.
- Paternidad y maternidad son complementarias. Biológica y emocionalmente ninguna es autosuficiente; por lo que sí para engendrar vida se necesita la acción de los dos, padre y madre, para que el hijo crezca y se desarrolle de manera plena y armónica es similar.
- Masculinidad y feminidad no se distinguen por una distribución de cualidades o virtudes entre hombre y mujer; sino por el modo peculiar que tiene cada uno de encarnarlas. Hay un modo masculino y otro femenino de hacer las mismas cosas.
- La sexualidad está conformada por 4 componentes:

1. Libertad: donde gracias a la inteligencia y voluntad podemos elegir amar al otro;
2. Totalidad: aceptación del otro completamente, su cuerpo, mente, emociones, espíritu y su fertilidad;
3. Fidelidad y exclusividad: para crecer en el amor es necesario saber que uno es único y el vínculo indisoluble; y
4. Fecundidad: es el crecimiento personal que tanto el hombre como la mujer deben vivir en su relación, misma que abre la posibilidad natural a la llegada de los hijos en un contexto de amor.

- Las relaciones sexuales tiene dos fines inseparables:

1. El “unitivo”: cada relación sexual debe servir para unir, fusionar, crecer en el amor y crear un lazo imborrable entre el hombre y la mujer que permita atarse de por vida a la presencia del otro;
2. El “procreativo”: esa entrega total de amor entre el hombre y la mujer debe ser fecunda desde el punto de vista biológico, emocional y espiritual, donde esta capacidad de entrega tan íntima posee una dimensión interpersonal tan grande que puede culminar en la llegada de una nueva vida humana, es decir, de un hijo.

- Los métodos de regulación natural de la familia (MRNF) permiten identificar los días de fertilidad en la mujer, y así en caso de querer esperar, posponer o espaciar la llegada de sus hijos, evitarán tener relaciones sexuales los días fértiles. Si por el contrario están buscando la llegada de un hijo, el reconocer la fertilidad podrá ayudarles a que el embarazo se logre más fácilmente.

- Los MRNF respetan la dignidad de la mujer y del hombre, no afectan la salud de ninguna, permiten vivir las relaciones sexuales como entrega total y responsabilizan a ambos en la decisión sobre la llegada de un nuevo hijo al adaptar su sexualidad a los ritmos de fertilidad de la mujer. Cuando se viven con pleno compromiso del hombre y la mujer, tienen una efectividad del 95%.
- Los anticonceptivos se definen como sustancias, dispositivos o procedimientos que buscan impedir un embarazo o que este siga su curso. Los anticonceptivos vuelven el periodo fértil de la mujer en infértil.
- Los MRNF no son “anticonceptivos naturales”; de hecho nada tienen que ver con la anticoncepción. Los MRNF únicamente proporcionan herramientas necesarias para reconocer los periodos de fertilidad y de no fertilidad en la mujer, pero en ningún momento intervienen en la totalidad de la entrega en una relación sexual.

- Los anticonceptivos se clasifican en:
 1. Anticonceptivos de dosis regular: pastillas, parches, implantes, inyecciones y anillos vaginales;
 2. Antiimplantatorios: dispositivo intrauterino y píldora del día siguiente;
 3. De barrera: condón masculino y femenino, esponjas y espermicidas, coito interrumpido;
 4. Definitivos: salpingloclasia y vasectomía.

- Cada vez existen menos hormonales que actúen únicamente como anovulatorios, es decir, evitando la ovulación. Estos métodos actúan de varias formas en el cuerpo de la mujer: reducen la frecuencia de la ovulación, alteran la movilidad de las trompas uterinas, alteran la

consistencia del moco cervical y alteran el endometrio, lo que provoca en caso de haber fecundación, la imposibilidad de implantación de esa nueva persona, es decir, que pueden actuar como abortivos.

- Píldora de emergencia o del día siguiente: esta es una gran dosis de hormonas; pues en tan solo una pastilla se puede encontrar la dosis de hasta 15 pastillas anticonceptivas diarias, y actúa en el cuerpo de la mujer dependiendo el día del ciclo menstrual en que se consume, pudiendo tener un efecto antiimplantatorio o abortivo si se consume después de la fecundación.
- Estudios científicos han demostrado que la efectividad del condón para prevenir las infecciones sexuales va de entre 0 hasta un 80%, dependiendo del tipo de infección. En el caso del VIH indican que esta es del 80% con uso consistente (usándolo correctamente en todas las relaciones sexuales); y de no ser así, carece de esta efectividad; y para infecciones como el papiloma humano y el herpes que se contagian por el contacto piel con piel la efectividad disminuye considerablemente.

Sexualidad

Hombre y mujer poseemos la misma dignidad, inteligencia, voluntad y libertad; es decir, nuestro valor como personas es idéntico, podemos tener los mismo logros académicos, acceder a los mismos empleos y elegir vivir con la misma rectitud, honestidad y empeño en cada actividad que desempeñemos; pero eso no implica que seamos “iguales”.

Mujer y hombre somos diferentes, sentimos, pensamos, y actuamos en muchos casos de manera distinta, cualidad que nos permite atraernos, complementarnos y elegirnos para amar. Dichas diferencias quedan determinadas desde el momento de la fecundación, (es decir desde la unión

del óvulo de nuestra madre y el espermatozoide de nuestro padre) y así, estas comienzan a presentarse durante toda la vida gestacional.

Cada una de nuestras células tiene nuestro sello sexual, si somos hombres nuestras células poseen los cromosomas XY y si somos mujeres son XX. Es decir, que de manera normal, toda nuestra genética está codificada de esta forma y únicamente existe la posibilidad de ser hombre o ser mujer. Y al ser así, nuestra sexualidad impregna nuestro ser: cuerpo, mente, emociones y espíritu; y al ser parte esencial de nuestra personalidad, nos permite expresarnos y comunicarnos con los demás. Gracias a nuestra sexualidad podemos expresar el amor humano.¹

A simple vista es evidente como el cuerpo del hombre y la mujer son diferentes, y lo mismo es desde el punto de vista emocional, intelectual y espiritual, y estas diferencias logran el complemento necesario para unirse en uno solo en una relación sexual, crecer en el amor y poder formar una familia de manera natural, pues ambos se complementan.

De la misma forma lo es la paternidad y maternidad, pues son complementarias. Biológica y emocionalmente ninguna es autosuficiente; así como es imprescindible el óvulo de la madre y el espermatozoide del padre para engendrar vida, en el plano psicológico ocurre algo parecido, se necesita el amor e interacción de los dos, padre y madre, para que el hijo crezca y se desarrolle de manera plena y armónica. Para ello es preciso que el padre actúe como varón, es decir, masculinamente y que la madre lo haga como mujer, es decir, femeninamente.

La masculinidad y la feminidad no se distinguen por una distribución de cualidades o virtudes entre hombre y mujer; sino por el modo peculiar que tiene cada uno de encarnarlas. Hay un modo masculino y otro femenino de hacer las mismas cosas.

¹ Rivera SP. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Costa Rica: Educación; 2008, pág:157-70.

La sexualidad al ser nosotros mismos, tiene un único objetivo: “amar”; y es así que gracias a las relaciones sexuales se puede expresar el amor de forma íntima y personal; es decir que podemos expresar con el cuerpo la elección de amar que se hace día a día por el otro.

Componentes de la sexualidad

La sexualidad está conformada por 4 componentes:

- a) Libertad: La sexualidad es libre, porque después de la vida, la libertad es el regalo más grande que ha recibido cada persona de manera individual, y esta nos permite elegir amar al otro.
- b) Entrega total: La sexualidad invita a la totalidad en la entrega, es decir, a aceptar completamente el cuerpo, los pensamientos, emociones, cualidades y defectos del otro.

Una relación sexual dentro de un contexto de amor, compromiso y fidelidad por toda la vida, nos invita a aceptar al otro completamente, a querer y valorar su cuerpo, mente, emociones y espíritu; y esto incluye su fertilidad; razón por la cual sería deshonesto decir “te amo”, “te acepto” y “eso que siento lo quiero demostrar con mi cuerpo” pero dentro de la relación sexual dejar fuera la fertilidad como si fuera algo negativo. La totalidad invita a pensar en el bien del otro antes que en el mío y en el cuidado que debo tener por su salud de manera integral.

- c) Fidelidad y exclusividad. Las relaciones sexuales como expresión de amor, implican desnudar el cuerpo, el alma, los pensamientos, emociones, cualidades, bondades y miserias. ¿Cómo pensar en entregar la vida misma y dejar ver nuestra faceta más sensible con alguien que no está comprometido para toda la vida, que está junto a nosotros de forma temporal, que dice querernos, pero se los dice a alguien más, o simplemente que mañana

no volveremos a ver? Es por eso, que el compromiso debe ser para toda la vida, para que al momento de entregarse, uno viva en la certeza que ese amor que se expresa en una relación sexual será único e indisoluble.

- d) Fecundidad: esta se refiere al crecimiento que tanto el hombre como la mujer deben experimentar en su relación, es decir, que ambos crezcan como personas, en virtudes, alegría, en la capacidad para darse a los demás. La fecundidad nos invita a dejar de lado el egoísmo, entregarnos y hacer feliz al otro. Asimismo, abre la posibilidad a la llegada natural de los hijos y nos invita a vivir la paternidad responsable, y de esta manera planear la llegada de los hijos conforme nuestras capacidades físicas, emocionales, espirituales y materiales.

Objetivos de la “relación sexual”

Es así, que las relaciones sexuales tiene dos fines inseparables:

1. El primero es el “unitivo”, es decir, que cada relación sexual debe servir para unir, fusionar, crecer en el amor y crear un lazo imborrable entre el hombre y la mujer que permita atarse de por vida a la presencia del otro. El deseo sexual, es decir, el impulso de unirse, de ser un solo cuerpo, es la fuerza que nos permite amar. El placer sexual que vivimos en una relación (que debe culminar tanto para el hombre y como para la mujer), es el goce que permite amarse, unirse y “enamorarse” constantemente.
2. El segundo objetivo de la sexualidad es el “procreativo”; es decir, que esa entrega total de amor entre el hombre y la mujer debe ser fecunda desde el punto de vista biológico, emocional y espiritual. Esta nos invita a estar abiertos a la vida, entregarnos y donarnos, a aceptarnos en totalidad, sin poner de por medio barreras de ninguna clase. Esta capacidad de entrega tan íntima posee una dimensión interpersonal tan grande que puede

culminar en la llegada de una nueva vida humana,² es decir, de un hijo.

Es importante reflexionar sobre la fertilidad, y no dejarnos llevar por la ignorancia, la vaga comprensión de nuestra sexualidad o ciertas posturas “cómodas” que propone la sociedad actual. En el caso de los hombres, el placer sexual está íntimamente ligado a la procreación, es decir, que para poder amar, fusionarse con su mujer y gozar del placer en esa unión, la apertura a la vida tiene que darse, pues ellos experimentan el orgasmo al momento de eyacular (salida de los espermatozoides). Esto nos refleja que la unión en una relación sexual y el placer que se vive está fusionado con la posibilidad de dar vida, y es por eso que no puede eliminarse la faceta procreativa en esta entrega de amor.

Que la invitación a vivir las relaciones sexuales de manera libre, total, fiel y fecunda; no implica que en cada relación sexual o que mes a mes deba esperarse la llegada de un hijo. El cuerpo de la mujer es sabio y la ha proveído de las herramientas necesarias para identificar sus periodos de fertilidad y no fertilidad; y gracias a la inteligencia y voluntad de ambos esposos, poder planear la llegada de los hijos y vivir la paternidad responsable.

Fertilidad

Las relaciones sexuales con entrega total, no implican traer al mundo todos los hijos posibles; por el contrario, la paternidad responsable nos invita a ir buscando la llegada de nuestros hijos conforme nuestras posibilidades personales, emocionales, de educación y económicas.

Para esto la naturaleza femenina ha proveído de todas las herramientas

² Sgreccia E, Spagnolo A, Di Pietro ML. Bioetica, manuale per i diplomati universitari della sanità. Milán: Vita e Pensiero; 2002; pág: 326.

necesarias para identificar de manera muy eficiente los ciclos de fertilidad y no fertilidad en la mujer, y así en caso querer postergar la llegada de un hijo poder vivir cada relación sexual con entrega total en los periodos de no fertilidad.

La etapa de fertilidad en el hombre y la mujer es distinta y es algo que ambos deben conocer para usarla a su favor. En el caso del hombre, su etapa de fertilidad comienza desde la adolescencia que por lo general podrá durar muchísimos años, incluso en algunas personas hasta la vejez. Durante esta el hombre es fértil cualquier día y a cualquier hora, es decir que la fertilidad en el hombre se encuentra presente todos los días del mes.

En el caso de la mujer es diferente, ella inicia su etapa de fertilidad con la primera menstruación y termina con la llamada menopausia. La fertilidad de la mujer, se comporta como ciclos menstruales, que se entiende como el día 1 del sangrado menstrual y termina con el inicio de la siguiente menstruación.

Este puede durar entre 26 y 34 días, el promedio es de 28. Durante el ciclo menstrual, la mujer libera un óvulo (en caso de liberar dos óvulos, esto se da en un intervalo entre 24 y 48 horas); y este óvulo tiene una vida aproximada de 24 horas desde que sale del ovario,³ es decir, que la mujer es fértil máximo 2 días al mes.

Posterior a una relación sexual, los espermatozoides viven dentro del cuerpo de la mujer un máximo de 5 días, por lo que si consideramos estos datos fisiológicos el periodo fertilidad de una mujer al mes es de aproximadamente 6 días al mes.⁴

Es así que los cambios hormonales durante todo el ciclo menstrual de la mujer le permiten distinguir por medio de signos y síntomas los periodos

³ Pyper CM. Fertility awareness and natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2(2):131-46.

⁴ Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Eng J Med* 1995; 333(23):1517-21.

de fertilidad e infertilidad, a lo que se conoce como “métodos de regulación natural de la familia” o “planificación familiar natural”.

Métodos de regulación natural de la familia (MRNF)

Gracias a estos métodos los esposos pueden identificar los días de fertilidad en la mujer, y así en caso de querer esperar, posponer o espaciar la llegada de sus hijos, evitarán tener relaciones sexuales los días fértiles. Si por el contrario están buscando la llegada de un hijo, el reconocer la fertilidad podrá ayudarles a que el embarazo se logre más fácilmente.

Los MRNF respetan la dignidad tanto del hombre como de la mujer y la entrega total en las relaciones sexuales entre los esposos. Los MRNF se basan en el conocimiento científico de la fertilidad (inteligencia) y en la decisión de la pareja (voluntad) de entregarse y amarse en una relación sexual o no durante el periodo fértil con la posibilidad de embarazarse, y en caso que no se esté buscando un hijo, aprovechar el periodo no fértil de la mujer para las relaciones sexuales.

La Organización Mundial de la Salud, define como MRNF a las técnicas para buscar o evitar embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que, naturalmente, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, evitando el coito en la etapa fértil si ha de evitarse el embarazo.⁵

Las bases biológicas de los métodos naturales, se basan en el reconocimiento de la ovulación en el periodo fértil de la mujer,⁶ por medio de la duración del ciclo menstrual, los cambios fisiológicos como la temperatura basal y la observación del moco cervical⁷ y la medición de hormonas en saliva, orina y sangre. Estos métodos respetan la vida en todo momento, y asumen la abstinencia en los días donde la mujer se encuentra fértil. Asimismo, no tiene

⁵ World Health Organization. *Natural family planning: a guide to provision of services*. Geneva: WHO, 1988.

⁶ Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Pellicano M, Nappi C. The importance of user compliance on the effectiveness of natural family planning programs. *Gynecol Endocrinol* 2000; 14(2):81-9.

⁷ Colombo B, Masarotto G. Daily fecundability: first results from a new data base. *Demogr Res* 2000; 6(3):39.

ningún efecto adverso en la salud de la mujer ni del hombre.

Con los MRNF métodos de regulación natural de la familia no existe ningún efecto nocivo en la salud de las mujeres, no existe ningún tipo de barrera física entre ambos, responsabiliza al hombre en las decisiones sobre la llegada de los hijos al adaptar su sexualidad a los ritmos de fertilidad de la mujer, pero sobre todo invita a vivir la sexualidad de forma plena y total dentro del matrimonio.⁸

Los MRNF, son adaptables a cualquier condición sociocultural, nivel de educación y económico y etapa de la vida reproductiva femenina. Estudios indican que el 95% de las mujeres reconoce sus signos de fertilidad.⁹ Estos llegan a tener una efectividad entre el 99.7% hasta 95% para evitar embarazos, con uso correcto,¹⁰ es decir que implica la determinación tanto de la mujer como del hombre de evitar las relaciones sexuales durante los días del periodo de fertilidad de la mujer.

Anticonceptivos

Los anticonceptivos se definen como sustancias, dispositivos o procedimientos que buscan impedir un embarazo o que este siga su curso. Los anticonceptivos vuelven la etapa fértil de la mujer en infértil, y esa infertilidad física, puede abrir espacio para la infertilidad emocional, intelectual y espiritual y afectar el matrimonio. La anticoncepción nos lleva a vivir relaciones sexuales ajenas a la donación total y la apertura la vida.

Es importante dejar claro que los MRNF no son “anticonceptivos natura-

⁸ Rutlant M; Trullols LF. Sexualidad humana y práctica de los métodos naturales. *Cuadernos de Bioética* 2001; 45(2):131-39.

⁹ Ryder B, Campbell H. *Natural family planning in the 1990s*. *Lancet* 1995; 346(8969):233-4.

¹⁰ Freundl G, Sivin I, Batár I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. *Natural family planning*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010; 15(2):113-23.

les"; pues nada tienen que ver con la anticoncepción. Los MRNF únicamente proporcionan herramientas necesarias para reconocer los periodos de fertilidad y de no fertilidad en la mujer y así, en caso de querer postergar la llegada de un hijo se deben evitar tener relaciones sexuales cuando la mujer se encuentre en su etapa fértil; pero en ningún momento intervienen en la totalidad de la entrega en una relación sexual.

Clasificación de los anticonceptivos

1. Anticonceptivos de dosis regular

Existen en presentación de pastillas, parches, implantes, inyecciones y anillos vaginales.

En la actualidad cada vez menos hormonales de dosis regular actúan únicamente como anovulatorios, es decir, evitando la ovulación. Estos tienen varios mecanismos de acción: reducen la frecuencia de la ovulación, es decir, que algunas veces la mujer puede ovular y otras no; alteran la movilidad de las trompas uterinas, alteran la consistencia del moco cervical y alteran el endometrio (que es la capa interna del útero de la mujer), lo que provoca, en caso de haber fecundación, la imposibilidad de implantación de esa nueva persona (llamada en esta etapa de su desarrollo cigoto),^{11, 12, 13, 14} es decir, que pueden actuar como abortivos.

Aunque estos métodos pueden evitar un embarazo o que este siga su curso con una efectividad entre el 90 y 97%, varios estudios científicos han demostrado que las mujeres que utilizan alguno de estos métodos tienen más riesgo de padecer: hemorragias vaginales intensas, cefalea (dolor de cabeza), migra-

¹¹ http://berlex.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf

¹² <http://www.spfiles.com/pinuvaring.pdf>

¹³ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021529s004lbl.pdf

¹⁴ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021180s026lbl.pdf

ña,¹⁵ acné, depresión, hirsutismo (crecimiento de vello en la cara), aumento de peso, vaginitis (inflamación de la vagina), dolor abdominal, náusea y vómito, alteraciones vasculares como trombosis venosa (trombos en las piernas),^{16, 17} infarto agudo al miocardio (infartos al corazón),^{18, 19, 20} preeclampsia (aumento de la tensión arterial en el embarazo),²¹ tromboembolias,²² infarto cerebral,²³ hemorragias o trombos cerebrales,^{24, 25} aumento de cáncer cervicouterino,²⁶ cáncer de mama,²⁷ cáncer de ovario,²⁸ alteraciones vesiculares, entre otras.

2. Antiimplantatorios.

Estos a su vez se clasifican en:

- Dispositivo intrauterino: Los dispositivos intrauterinos medicados y no medicados actúan con varios mecanismos, principalmente de manera local alterando el recubrimiento interno del útero llamado endometrio (el lugar donde se anida o implanta el embrión humano); de manera que la implantación no sea favorable, por lo que en este caso actuarían

¹⁵ Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 339:b4380.

¹⁶ Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 2001; 323(7305):131-4.

¹⁷ Jick H, Kaye JA, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ* 2000; 321(7270):1190-5.

¹⁸ Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90(7):3863-70.

¹⁹ Lewis MA, Heinemann LA, Spitzer WO, MacRae KD, Bruppacher R. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception* 1997; 56(3):129-40.

²⁰ Chasan-Taber L, Stampfer MJ. Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 1998; 128(6):467-77.

²¹ Thadhani R, Stampfer MJ, Chasan-Taber L, Willet WC, Curhan GC. A prospective study of pregravid oral contraceptive use and risk of hypertensive disorders of pregnancy. *Contraception* 1999; 60(3):145-50.

²² Wu O, Robertson L, Twaddle S, Lowe GD, Clark P, Greaves M, et al. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. *The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study. Health Technol Assess* 2006; 10(11):1-110.

²³ Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: A meta-analysis. *JAMA* 2000; 284(1):72-8.

²⁴ Johnston SC, Colford JM Jr, Gress DR. Oral contraceptives and the risk of subarachnoid hemorrhage: a meta-analysis. *Neurology* 1998; 51(2):411-8.

²⁵ Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ* 2012; May 10;344:e2990.

²⁶ International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370:1609-21.

²⁷ Kahlenborn C, Modugno F, Severs WB. Oral contraceptives and breast cancer. *Mayo Clin Proc* 2008; 83(7):849-50.

²⁸ Bernstein L. The risk of breast, endometrial and ovarian cancer in users of hormonal preparations. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2006; 98(3):288-96.

como abortivos.²⁹

La implantación es impedida debido a un efecto irritativo que genera la producción de células endometriales disfuncionales y glándulas atroficas.³⁰ La reacción de cuerpo extraño producida por el dispositivo intrauterino en el endometrio activa la liberación de leucocitos y prostaglandinas que actúan en el útero y trompas uterinas, impidiendo el desarrollo del cigoto.³¹ Su uso evita o termina el embarazo de entre 94 a un 98%.

Dentro de los efectos negativos que puede tener en la salud de la mujer, está en aumento de: sangrado vaginal, amenorrea (falta de menstruación), sangrado intermenstrual, dolor abdominal o pélvico, quistes en el ovario, embarazo ectópico (embarazo fuera del útero), enfermedad pélvica inflamatoria,^{32, 33} sepsis (infección en todo el cuerpo), puede penetrar las paredes uterinas, perforar del útero o fijarse en el ovario,^{34,35} migraña, acné, depresión, vulvovaginitis, dismenorrea (dolor durante la menstruación), aumento de peso, disminución de la libido (disminución del deseo sexual), cervicitis (inflamación del cérvix), hipertensión arterial, dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), anemia, alopecia (caída del pelo), alteraciones en la piel, prurito (comezón), urticaria, hirsutismo (crecimiento de vello en la cara), distensión abdominal y edema (pies hinchados).

Investigaciones científicas han encontrado una significativa relación al uso del dispositivo intrauterino con liberación hormonal (DIU-HR) y riesgo de

²⁹ http://berlex.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PL.pdf

³⁰ Sonalkar S, Schreiber CA, Barnhart KT. **Contraception**. [Updated 2014 Nov 11]. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2014.

³¹ <http://www.wildemeersch.com/misconceptions/> - item-5 Dr Dirk Wildemeersch, MD, PhD (Consultado el 4 de enero de 2016) 30

³² Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--**Intrauterine Contraception**. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016 Feb;38(2):182-222

³³ Zigler RE, McNicholas CP. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Dec 14. pii: S0002-9378(16)33176-3. [Epub ahead of print]

³⁴ Rovati M, Raveglia F, Baisi A, De Simone M, Cioffi U. Ovarian transmigration of intrauterine device. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016 Dec;42(12):1889-1890

³⁵ Yang X, Duan X, Wu T. Ureteric Obstruction Caused by a Migrated Intrauterine Device. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Dec 14. pii: S0002-9378(16)33176-3. [Epub ahead of print]

sufrir cáncer de mama en comparación con personas que nunca han usado un dispositivo intrauterino,^{36, 37} específicamente cáncer de mama de tipo lobular y ductal.³⁸

- Píldora de emergencia o del día siguiente: Existen varios tipos de pastillas del día siguiente o de emergencia; y estas actúan de varias formas dependiendo del momento en que se encuentre el ciclo menstrual de la mujer; y aunque inicialmente se sugirió que solo tenía un efecto inhibitorio o que lograba el retraso en la ovulación, investigaciones recientes indican fuerte evidencia del efecto post-ovulatorio por lo que el mecanismo de acción sería anti-implantatorio o directamente sobre el embrión, es decir en este caso abortivo.^{39, 40}

Es así, que está píldora puede actuar de las siguientes formas: si la mujer no ha ovulado esta puede impedir la ovulación,^{41, 42, 43} pero algunas de estas pastillas afectan al endometrio,^{44, 45} por lo que si la mujer ya ovuló, tuvo relaciones sexuales y hubo fecundación, la capa interna del útero no estaría

³⁶ Heikkinen, S., Koskenvuo, M., Malila, N. et al. *Cancer Causes Control* 2016 27: 249.

³⁷ Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Pukkala E. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland. *Obstet Gynecol.* 2014 Aug;124(2 Pt 1):292-9.

³⁸ Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Joensuu H, Pukkala E. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and the risk of breast cancer: A nationwide cohort study. *Acta Oncol.* 2016;55(2):188-92.

³⁹ Peck R, Rella W, Tudela J, Aznar J, Mozzanega B. Does levonorgestrel emergency contraceptive have a post-fertilization effect? A review of its mechanism of action. *Linacre Q.* 2016 Feb;83(1):35-51.

⁴⁰ Rosato E, Farris M, Bastianelli C. Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review. *Front Pharmacol.* 2016 Jan 12;6:315.

⁴¹ Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63(3):123-9.

⁴² Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A; et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4):227-34.

⁴³ Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B; Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002;100:65-71.

⁴⁴ Guida M1, Marra ML, Palatucci V, Pascale R, Visconti F, Zullo F. Emergency contraception: an updated review. *Transl Med UniSa.* 2011 Oct 17;1:271-94.

⁴⁵ Kahlenborn C, Severs WB. Comment in: reply Emergency contraception. *Cleve Clin J Med.* 2013 Mar;80(3):185.

preparada para recibir al cigoto, por lo que su efecto sería antiimplantatorio,⁴⁶ 47, 48, 49, 50, 51 es decir, abortivo.

También puede tener efectos inmediatos en la salud de la mujer como: dolor intenso de cabeza,⁵² náusea, vómito y mareos, intenso dolor abdominal,⁵³ letárgica,⁵⁴ es decir, presentar disminución del estado de alerta, hemorragias vaginales intensas,^{55, 56} embarazos ectópicos,⁵⁷ es decir, embarazos fuera del útero de la mujer, generalmente en las trompas uterinas. Así mismo, se han reportado efectos adversos asociados al uso de esta píldora como: desordenes del sistema nervioso central, desordenes gastrointestinales y desordenes del aparato reproductor y las glándulas mamarias.⁵⁸

Esta píldora es una gran dosis de hormonas; pues tan solo en una pequeña pastilla se puede encontrar la dosis de 15 pastillas anticonceptivas diarias, por lo que al usar la “dosis recomendada” de 2 pastillas de emergencia, sería como estar tomando la dosis de todo un mes de hormonas. Debido a que dicha píldora se vende sin receta médica y a menores de edad, cada día es más común ver casos de chicas que llegan a usarla hasta 24 veces al año, sin tener conocimiento de los efectos que esta puede causar en su salud a corto y a largo plazo.

⁴⁶ Young DC, Wiehle RD, Joshi SG, Poindexter AN 3er. Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol* 1994; 84(2):266-71.

⁴⁷ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022474s000lbl.pdf

⁴⁸ Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging options for emergency contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2013 Feb 18;7:23-35.

⁴⁹ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021998lbl.pdf

⁵⁰ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a610021.html>

⁵¹ Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014 Apr 4;14:54.

⁵² Katzman D, Taddeo D. Emergency contraception. *Paediatr Child Health*. 2010 Jul;15(6):363-72.

⁵³ Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2010; 115(2 Pt 1):257-63.

⁵⁴ Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Templeton A. Mifepristone versus the Yuzpe regimen (PC4) for emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87(2):188-93.

⁵⁵ Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014 Apr 4;14:54.

⁵⁶ Gainer E, Kenfack B, Mboudou E, Doh AS, Bouyer J. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2006 Aug;74(2):118-24.

⁵⁷ Cleland K, Raymond E, Trussell J, Cheng L, Zhu H. Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2010 Jun;115(6):1263-6.

⁵⁸ Ulipristal acetate for emergency contraception. *Australian Prescriber*. 2016;39(6):228-229. doi:10.18773/austprescr.2016.082 [No authors listed]

3. De barrera

Estos se pueden agrupar en:

- Condón: Es una funda de látex que se coloca en el pene (condón masculino), o en la vagina (compón femenino) para evitar el paso de los espermatozoides, y también en muchos casos para “evitar” el contagio de las infecciones sexuales.

El condón masculino presenta un porcentaje de fallas para evitar un embarazo del 12%,^{59, 60} al 17%⁶¹ y hasta del 50% en el segundo año de uso.⁶² Algunos riesgos que afectan la efectividad en su uso son: mal ajuste del condón, removerlo de forma temprana, roturas y deslizamiento.⁶³

Existen más de 30 infecciones de transmisión sexual y los estudios científicos han demostrado que la efectividad del condón para prevenirlas va de entre 0 hasta un 80%,^{64, 65, 66} dependiendo del tipo de infección, es decir, que este nunca es 100% seguro. Por ejemplo, las últimas investigaciones sobre el condón masculino y su efectividad para prevenir el VIH indican que esta es de entre el 70⁶⁷ y 80% con uso consistente (es decir, usándolo el 100% de las relaciones sexuales y de la manera correcta en todas ellas); y que de no usarlo

⁵⁹ Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2004; 70(2):89-96.

⁶⁰ Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *J Adolesc Health* 2009; 44(1):55-63.

⁶¹ Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception* 2008; 77(1):10-21.

⁶² Gayón VE, Hernández OH, Sam SS, Lombardo AE. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(2):88-96.

⁶³ Ill-fitting condoms result in breakages and early removal. *Nurs Stand*. 2010 Mar 31;24(30):16-17. doi: 10.7748/ns.24.30.16.s22. [No authors listed].

⁶⁴ Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2006. *MMWR* 2006; 55(RR11):1-94.

⁶⁵ Winer RL, Huges JP, Qinghua F, O'Reilly BS, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Eng J Med*. 2006;354(25):2645-54.

⁶⁶ Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Lang D, Harrington KF. Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease prevention among African American adolescent females. *Am J Pub Health*. 2003;93(6):901-2.

⁶⁷ Giannou FK, Tsiara CG, Nikolopoulos GK, Talias M, Benetou V, Kantzanou M, Bonovas S, Hatzakis A. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: a systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2016 Aug;16(4):489-99.

así, no tiene esta efectividad.^{68, 69, 70, 71}

Pero para aquellas infecciones como el papiloma humano y el herpes que se contagian por el puro contacto de la piel de los genitales cuando la infección se encuentra fuera de la zona que cubre el condón, este no tiene efectividad o es mínima.^{72, 73, 74, 75, 76}

- Espermicidas y esponjas: Son sustancias químicas que destruyen o inhiben la movilidad de los espermatozoides, el porcentaje de efectividad para prevenir un embarazo es de entre el 50% y el 60%; y pueden causar irritación y reacciones alérgicas en los genitales externos e interno de la mujer.
- Coito interrumpido: aunque propiamente este no es un método de barrera, se considera al coito interrumpido como la eyaculación de los espermatozoides fuera del cuerpo de la mujer. Su efectividad es del 73%,⁷⁷ con uso común, en muchas ocasiones debido a que el líquido preeyaculatorio contiene espermatozoides por lo que, en caos que la mujer se encuentre en periodo fértil, podría haber fecundación.

4. Definitivos

⁶⁸ Weller SC, Davis-Beatty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2002. Art. No.: CD003255.

⁶⁹ Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? *Sexual Health* 2012, 9:10-17.

⁷⁰ Warner L, Gallo MF, Macaluso M. Condom use around the globe: how can we fulfill the prevention potential of male condoms? *Sex Health*. 2012;9(1):4-9.

⁷¹ Cayley W. Effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Am Fam Physician*. 2004;70(7):1268-69.

⁷² Martin ET, Krantz E, Gottlieb SL, Magaret AS, Langenberg A, Stanberry L, et al. A Pooled Analysis of the Effect of Condoms in Preventing HSV-2 Acquisition. *Arch Intern Med*. 2009;169(13):1233-40.

⁷³ Workowski KA, Levine WC. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines* 2002. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 2002; 5(RR-6):1-78.

⁷⁴ Genuis SJ, Genuis SK. Managing the sexually transmitted disease pandemic: a time for re-evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:1103-12.

⁷⁵ Genuis SJ, Genuis SK. Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. *Postgrad Med J*. 2005;81:399-301.

⁷⁶ Workowski KA, Levine WC. Selected topics from the Centers for Disease Control and prevention sexually transmitted disease treatment guidelines 2002. *HIV Clin Trials*. 2002;3(4):421-33.

⁷⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

- Salpingoclasia: también conocida como ligadura de trompas; es la intervención en la que se extirpan parcial o completamente las trompas uterinas de la mujer, y tiene como efectos adversos aquellos relacionados con las intervenciones quirúrgicas, tales como consecuencias de la anestesia local o general, infecciones, y la posibilidad de lesionar el intestino.
- Vasectomía: es una intervención quirúrgica donde se ligan o seccionan los conductos deferentes del hombre o también se cierran con pequeños cilindros de nylon. Una de los efectos adversos más graves es la producción de anticuerpos capaces de inducir infertilidad permanente incluso tras la recanalización, si es que el paciente ha cambiado de parecer sobre la paternidad.

Se conoce que la frecuencia del dolor testicular y escrotal crónico después de la vasectomía afecta a más de una cuarta parte de los individuos que se someten a este procedimiento, llegando a ser del 33%, esto derivado de la congestión del epidídimo y obstrucción de los conductos encargados de dar paso al semen.^{78, 79}

Esta complicación ha sido denominada síndrome doloroso post-vasectomía sigue siendo unos de los problemas urológicos que más difícil resolución tienen, ya que no se cuenta con un esquema de diagnóstico preciso y no existe un tratamiento efectivo y confiable. La etiología del síndrome doloroso post-vasectomía no se conoce con precisión, algunas causas propuestas consideran daño al cordón nervioso espermático y escrotal mediado por efectos inflamatorios y del sistema inmune.⁸⁰

Algunas otras complicaciones reportadas son: hematoma, sangrado,

⁷⁸ Smith RP, Lipshultz LI, Kovac JR. Vasectomy reversal and other strategies to mitigate postvasectomy pain syndrome. *Asian Journal of Andrology*. 2016;18(3):338. doi:10.4103/1008-682X.179243. Web. 8 Jan. 2017.

⁷⁹ Bhuyan K, Ali I, Sarma G, Das U. No Scalpel Vasectomy (NSV) with Ligation and Excision: A Single Centre Experience. *The Indian Journal of Surgery*. 2015;77(Suppl 3):1038-1040. doi:10.1007/s12262-014-1119-1.

⁸⁰ Tan WP, Levine LA. An overview of the management of post-vasectomy pain syndrome. *Asian Journal of Andrology*. 2016;18(3):332-337. doi:10.4103/1008-682X.175090.

granuloma por reacción a cuerpo extraño, epididimitis, abscesos. Se han reportado graves complicaciones de tipo infeccioso que han resultado en accidentes cerebrovasculares por embolia y endocarditis infecciosa.^{81, 82, 83}

Existen también complicaciones que competen a la psiquiatría. Se ha presentado depresión crónica que llegan a durar años y es resistente al tratamiento con antidepresivos. En algunos casos el debut de la depresión se da por un ataque de pánico en el periodo post-operatorio. Las complicaciones psiquiátricas de la vasectomía incluyen: disfunción sexual, efectos en las relaciones maritales, dolor crónico, ansiedad y depresión.⁸⁴

Reflexiones

La sexualidad implica nuestro cuerpo, mente, emociones y espíritu, y gracias a este cuerpo sexuado podemos expresar el amor, que puede culminar de manera íntima y personal en una relación sexual. Hombre y mujer poseemos la misma dignidad, inteligencia, voluntad y libertad; pero sentimos, pensamos, y actuamos de manera distinta, cualidad que nos permite atraernos, complementarnos y elegirnos para amar.

Las relaciones sexuales al tener dos fines inseparables, el “unitivo” y el “procrativo”, nos invitan a aceptar al otro (nuestro amado) de manera total, es decir recibir su cuerpo, mente, emociones y espíritu; así como su fertilidad; razón por la cual los MRNF permiten identificar los días de fertilidad en la mujer de los no fértiles y así en caso de querer esperar, posponer o espaciar la llegada de sus hijos, evitarán tener relaciones sexuales los días fértiles; lo cual no altera la totalidad en la entrega de amor dentro de una relación sexual.

Las relaciones sexuales están hechas para amar; es el acto más sagrado de

⁸¹ David M, Loftsgaarden M, Chukwudelunzu F. Embolic Stroke Caused by *Staphylococcus lugdunensis* Endocarditis Complicating Vasectomy in a 36-Year-Old Man. *Texas Heart Institute Journal*. 2015;42(6):585-587. doi:10.14503/THIJ-14-4566.

⁸² Schandiz H, Olav Hermansen N, Jørgensen T, Roald B. *Staphylococcus lugdunensis* endocarditis following vasectomy – report of a case history and review of the literature. *APMIS* 2015; 123: 726–729.

⁸³ Rayala BZ, Viera AJ. Common questions about vasectomy. *Am Fam Physician*. 2013 Dec 1;88(11):757-61.

⁸⁴ Shaik S, Rajkumar RP. Post-Vasectomy Depression: A Case Report and Literature Review. *Mental Illness*. 2014;6(2):5494. doi:10.4081/mi.2014.5494.

donación, de entrega, de unión entre un hombre y una mujer. Pero, ¿cómo pensar en entregar todo y en aceptar al otro completamente si estamos usando algo que deja fuera su faceta procreativa, que afecta su salud, o que pone una barrera física entre ambos? Pues esto es la anticoncepción, es un atentado contra el amor, pues al eliminar de manera artificial el elemento procreativo de nuestra sexualidad, genera una visión utilitaria sobre el otro, donde existen consecuencias a corto y largo plazo tanto en la salud física, pero sobre todo emocional y espiritual.

La anticoncepción repercute en la totalidad de la entrega dentro de una relación sexual, pues se vuelve falso el expresar con el cuerpo la aceptación completa de nuestro cónyuge y por otro lado dejar fuera la fertilidad. Los datos científicos han demostrado las graves consecuencias que tienen los anticonceptivos hormonales en la salud de las mujeres; la alteración del endometrio y del útero al usar un DIU, el mutilar un órgano sano cuerpo con la salpingoclasia y la vasectomía; y la barrera física pero también emocional que existe al usar un preservativo.

¡Ser fértil no es una enfermedad! Es la posibilidad que la vida nos ha regalado para ser padres; pero lamentablemente la sociedad, ideología e industria nos han orillado a dejar fuera de la visión total nuestra sexualidad; afectando generalmente la salud de las mujeres para lograr este objetivo. La fertilidad es un hecho natural del cuerpo de la mujer y del hombre, no necesita ser «corregida», por lo que es contradictorio el usar o poner algo antinatural para que este hecho biológico se presente.

Esto nos lleva a reflexionar lo siguiente:

- Si la relaciones sexuales están hechas para amar, ¿cómo pensar que la mujer exponga su salud al usar “anticonceptivos” hormonales o po-

nerse un DIU? cuando han sido reportados ampliamente los efectos negativos que estos tienen en la salud de las mujeres, sobre todo de las más jóvenes.

- El uso masivo de anticonceptivos ha desvinculado la sexualidad de la procreación, generando así una visión utilitarista de la sexualidad donde el hombre cada día se torna más irresponsable respecto el tema. Razón por la cual, la relaciones sexuales fuera de un contexto de amor, compromiso y fidelidad para toda la vida aunado al uso de anticonceptivos han incrementado notablemente los embarazos inesperados y la presencia madres solteras en nuestra sociedad.
- La intensa promoción de la anticoncepción en jóvenes, ha generado una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, lo que aumenta exponencialmente al contagio de las infecciones de transmisión sexual así como los embarazos en adolescentes.
- La promoción global de anticoncepción ha generado una visión negativa e irresponsable entorno a la paternidad, por lo que al desvincular las relaciones sexuales de la procreación se aumenta el riesgo de buscar terminar con ese embarazo a toda costa por medio del aborto.

La invitación a vivir las relaciones sexuales como expresión del amor vivido dentro de una relación de exclusividad y fidelidad por toda la vida, es decir, dentro del matrimonio; permite tanto al hombre como a la mujer crecer como personas, entregarse, forjar plena unión en la relación y genera el espacio ideal para el nacimiento, crecimiento y formación de los hijos.



EL ABORTO

Rosario Laris MD, PhD.

Resumen

- La vida de toda persona comienza desde el momento de la fecundación, es decir, de la unión del óvulo con el espermatozoide. Esta primer célula, llamada cigoto, es una célula viva, única e irrepetible, con material genético propio, y autónoma, es decir que ella modula por si misma su crecimiento y desarrollo.
- La terminología “interrupción voluntaria del embarazo” debe ser rechazada pues “interrumpir” significa que algo, después de suspenderse, puede ser nuevamente reanudado. En el aborto se suprime una vida que no puede “recuperarse”.
- Dentro de los abortos provocados, encontramos la siguiente clasificación:
 1. Aborto eugenésico. Se realiza para finalizar la gestación de una persona después del diagnóstico prenatal, es decir para “disminuir” el nacimiento de personas con alguna malformación especialmente de los incurables, los que implican una corta esperanza de vida o algún grado de dependencia.
 2. Aborto terapéutico. Se realiza cuando la salud de la madre es precaria, y

aunque el fin sea salvar a la madre, el medio utilizado sería matar al bebé. El valor de la persona es intrínseco y el valor la madre es similar a la vida del hijo.

3. Aborto criminal. En este tipo de aborto no existen razones de salud ni en la madre ni en el bebé para llevarlo a cabo. Se lleva a cabo por: violación, problemas económicos o psicológicos para tener al hijo, embarazo en adolescentes, falla de los anticonceptivos o incluso el tan caprichoso, “embarazo no deseado.” El fin del aborto entonces es tranquilizar a la madre, guardar la “honra”, asegurar un “futuro económico” y para algunos “respetar” el deseo de una mujer o una pareja, etc.
4. Aborto sexo selectivo: Es el aborto provocado que se realiza acorde con la selección del sexo que desean los padres o la madre, y se lleva a cabo durante el segundo trimestre de la gestación, que es el momento en que se puede conocer el sexo del feto.
5. Aborto subconsciente: Es aquel aborto provocado, que se realiza generalmente sin conciencia plena por parte de la mujer; tal es el caso del uso de supuestos “anticonceptivos”, donde exista la posibilidad de actuar como antiimplantatorio, por lo que en este caso se incurriría en la muerte del cigoto, es decir, se provoca un aborto.

- A nivel mundial, cada año se presentan 85 millones de embarazos no esperados, de los cuales el 50% terminan en aborto. Existen 4 falacias sobre el aborto:

- a) Legalizar el aborto, no disminuye las muertes maternas. El descenso más dramático en las tasas de mortalidad materna en el mundo desarrollado tuvo lugar entre 1941 y 1951 (mucho antes de que fuera legalizado el aborto), y coincidió con el desarrollo de técnicas obstétricas y mejoras en

el estado general de salud de la mujer.

A nivel global, la mortalidad materna disminuyó 47% entre 1990 y el año 2010; presentándose en este último 287,000 mujeres que murieron en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio. De este total, el 19% (56,000) se presentaron en la India, país donde el aborto es legal desde 1972. Asimismo, China ocupa el onceavo lugar con mayor número de muertes maternas en el mundo (6,000 cada año).

- b) Legalizar el aborto es promoverlo. En España, en 1985, se despenalizó el aborto, han pasado más de 25 años, y desde entonces las defunciones por causa del aborto inducido han aumentado exponencialmente. Cifras comparativas entre 1987 y el año 2008 indican que el aborto aumentó de 16,728 a 115,812 abortos anuales. En el año 2010 se llevaron a cabo 113,031 abortos y que para el 2011 fueron 118,359; es decir, que estos se incrementaron un 4.71%.

En Reino Unido, el aborto es legal desde hace varias décadas. En 1968 se practicaron 23,641 abortos, y en el año 2004, la cifra fue de 194,197. Es decir que desde su legalización ha aumentado más del 800%. En el año 2006, se llevaron a cabo 193,700 abortos, 3.9% más que en 2005, que se llevaron 186,400 abortos.

- c) En México la mortalidad por abortos provocados no es un problema de salud pública. En la actualidad, el 98% de las muertes maternas en México están relacionadas con causas distintas al aborto inducido, es decir, por hemorragias, hipertensión y eclampsia.
- d) El aborto inducido sí tiene graves consecuencias sobre la salud de la mujer: aumenta 78.6% de probabilidad de depresión, 64.3% de ansiedad, 155 veces más suicidio y 81 veces más riesgo de sufrir alguna enfermedad mental. Aumenta 220 veces más riesgo de consumir marihuana y 110 veces más de consumir alcohol que aquellas que no han abortado. Aumenta los

problemas psiquiátricos, trastornos bipolares y aumenta el riesgo de abuso físico hacia niños, reportándose hasta 1,237% si los abortos inducidos fueron múltiples.

Las mujeres que abortan en su primer embarazo antes de las 12 semanas de gestación, se asocia con un 80% mayor riesgo de muerte materna durante el primer año y un 40% más riesgo de muerte en 10 años. Las mujeres que abortan tienen 30% más posibilidades de morir de causas naturales que aquellas que no abortan.

- Por otro lado se ha documentado que las mujeres que están embarazadas y no abortan, tienen menor riesgo de suicidio; pues la maternidad es un factor protector contra el suicidio.

Inicio de la vida

La vida humana comienza desde el momento de la fecundación o fertilización, es decir, de la unión del óvulo de la madre con el espermatozoide del padre. Desde el primer contacto y fusión de las membranas plasmáticas de ambas células reproductoras, se inicia un proceso de desarrollo continuo e interdependiente de un individuo genéticamente nuevo a su madre, que es persona.

Se habla de desarrollo continuo porque, siempre y cuando no exista una intervención externa, se pueden observar distintas etapas coordinadas unas con otras, cuyo orden no se puede variar ya que están predeterminadas genéticamente.

Este desarrollo es interdependiente porque en cada etapa se activan o apagan distintos genes que determinan el progreso, inicio y fin de cada ciclo, es decir, a nivel genético, existe una interrelación entre cada etapa, lo que impide que el proceso sea discontinuo.

Lo trascendental de este tipo de desarrollo es que se refiere al de un sujeto

genéticamente distinto de los padres, y también a cualquier otro ser humano. Así mismo, la vida de esta nueva persona es autónoma, es decir, que ella por sí sola coordina su crecimiento y desarrollo, como lo refleja la formación de la placenta, cordón umbilical y saco amniótico que dependen del embrión humano.

Este cigoto es un ser humano constituido por una sola célula que en su interior contiene toda la información y la capacidad necesaria para desarrollarse por sí mismo durante nueve meses, hasta poder nacer. A partir del momento de la concepción hay una serie de eventos que son una clara evidencia de que los gametos (óvulo y espermatozoide) ya no actúan como dos sistemas independientes entre sí, sino como un nuevo sistema.

Desde el primer día de vida se desarrolla un diálogo molecular entre el cigoto y la madre. Mientras éste atraviesa las trompas uterinas, envía avisos moleculares y la madre responde, produciendo varias sustancias que permiten el crecimiento del cigoto (después llamado embrión) y le inyectan toda la vitalidad que necesita porque, durante los 5 primeros días de su vida, no dispone de más energía que la guardada en el óvulo.

Además, este diálogo molecular convierte al sistema inmunológico materno en tolerante hacia el embrión, mitad materno y mitad paterno. Este clima de tolerancia inmunológica creado en el diálogo molecular hace que las defensas de la madre se desactiven contra lo extraño, y que la madre perciba al embrión sin rechazarlo, a pesar de no ser algo propio sino diferente de ella, anulando las señales de peligro que activarían sus defensas.

Aborto

Definición de aborto

La palabra aborto proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término

aborior. La Medicina entiende por aborto espontáneo como la finalización del embarazo intrauterino posterior a que este haya sido confirmado por medio de un ultrasonido o por evidencia histológica, es decir de los tejidos. Se entiende por aborto provocado la interrupción el embarazo antes de alcanzar la viabilidad fetal.¹ En la especie humana todo aborto provocado sea del tipo que sea implica quitar la vida.

La terminología “interrupción voluntaria del embarazo” tan usada en nuestros tiempos, debe ser rechazada pues “interrumpir” significa que algo, después de suspenderse, puede ser nuevamente reanudado. En el aborto se suprime una vida que no puede “recuperarse”.

Clasificación del aborto

En relación a las causas del aborto, este se puede clasificar en dos grupos: aborto espontáneo o natural y aborto inducido. En el aborto espontáneo, también conocido como aborto natural, no interviene la voluntad del hombre, es decir es involuntario, y por lo mismo no tiene una connotación ética. Aproximadamente el 15% de los embarazos terminarán en un aborto espontáneo, y en su mayoría se presentarán en el 1er trimestre del embarazo.² Así mismo, este aumenta según la edad de la paciente; este tipo de aborto se presenta en el 8.9% de mujeres entre 20 y 24 años, pero aumenta notablemente a un 74% en mujeres mayores de 45 años de edad.³

En el aborto provocado, siempre se presenta cierta intervención para terminar con la vida del cigoto, embrión o feto y por lo general existe voluntad para realizar este acto.

¹ Beckmann CR, Ling FW, Barzansky BM, Herbert L, Laube DW, Smith RP (Eds). *Obstetricia y Ginecología*. Lippincott Williams and Wilkins. USA, 2010.

² Saravelos SH, Li TC. Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it? *Human Reprod* 2012;27(7):1882-86.

³ Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. *Maternal age and fetal loss: population based register linkage study*. *BMJ*. 2000;320:1708-1712.

Dentro de los abortos provocados, encontramos según la clasificación de sus causas el:

1. Aborto eugenésico. Es el aborto que se realiza para finalizar la gestación de una persona después del diagnóstico prenatal, es decir para “disminuir” el nacimiento de personas con alguna malformación o defecto congénitos, especialmente, (pero no siempre), de los incurables, los que implican una corta esperanza de vida o una vida postnatal con algún grado de dependencia.⁴
2. Aborto terapéutico. Es aquel aborto que se realiza cuando la salud de la madre es precaria. Por aunque el fin sea salvar a la madre (buen fin), el medio utilizado sería matar al bebé (el medio es erróneo). El valor de la persona es intrínseco, independiente de su salud, de su utilidad, etc., por lo tanto tiene exactamente el mismo valor la madre que el hijo. Por otra parte, la probabilidad que la madre muera o su enfermedad se agrave es tan solo una posibilidad, pues a pesar del aborto, la madre podría morir o agravar su enfermedad. En la actualidad, tanto los avances médicos como las características que tienen las unidades de terapia intensiva y cuidados neonatales, en realidad son muy pocas las circunstancias en donde habría que plantearse la vida de la madre o del hijo.

Por mencionar un ejemplo, datos aportados por el Parlamento Británico en julio del 2012,⁵ indican que se han llevado a cabo 6.4 millones de abortos en Inglaterra y Gales desde su legalización desde 1968 y hasta el 2011; de los cuales solamente el 0.006% se realizaron con la intención de salvar la vida de la madre o prevenirla de un daño grave.

⁴ Rodríguez M,E.Eugenics' extension in the Spanish health care system through the prenatal diagnosis. *Cuad Bioet.* 2012; 23(77):53-70.

⁵ <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201213/ldhansrd/text/120719w0001.htm#12071972000444>

La promoción del llamado “aborto terapéutico” es decir, quitarle la vida al niño no nacido cuando el embarazo pone a la mujer en peligro de muerte o de un mal grave y permanente, ha sido un argumento utilizado para su legalización; cuando (como se puede observar en el caso inglés) son mínimos los casos en los que el aborto se lleva a cabo por dicha causa, y por el contrario, actualmente, la ciencia médica garantiza que prácticamente no hay circunstancias en la cual se deba optar por terminar con la vida de la madre o la del hijo.⁶

3. Aborto criminal. En este tipo de aborto no existen razones de salud ni en la madre ni en el bebé para llevarlo a cabo. Se quita la vida del feto por diferentes razones: resultado de una violación, problemas económicos o psicológicos para tener al hijo, embarazo en adolescentes, falla de los anti-conceptivos o incluso el tan caprichoso, “embarazo no deseado.” El fin del aborto entonces es tranquilizar a la madre, guardar la “honra”, asegurar un “futuro económico” y para algunos “respetar” el deseo de una mujer o una pareja, etc.
4. Aborto sexo selectivo. Es el aborto provocado que se realiza acorde con la selección del sexo que desean los padres o la madre, y se lleva a cabo durante el segundo trimestre de la gestación, que es el momento en que se puede conocer el sexo del hijo. Aunque en la actualidad este tipo de políticas ha cambiado en países como la India (donde en el año 2007 nacieron 93 niñas por 100 niños), en países como Estados Unidos cada vez se realiza más este tipo de aborto en mujeres inmigrantes.⁷
5. Aborto subconsciente. Es aquel aborto provocado, que se realiza generalmente sin conciencia plena por parte de la mujer;⁸ tal es el caso

⁶ <http://www.dublindeclaration.com/>

⁷ Puri S, Adams V, Ivey S, Nachtigall RD. “There is such a thing as too many daughters, but not too many sons”: A qualitative study of son preference and fetal sex selection among Indian immigrants in the United States. *Soc Sci Med.* 2011 Apr;72(7):1169-76.

⁸ Nota: se utilizó el término irreflexivamente, porque con una reflexión más profunda, encontraría que es obvio que pudiera llegar a suceder que si el embrión en sus primeras etapas ya estuviera formado, lo destruyera.

del uso de supuestos “anticonceptivos”, donde existe la presencia de un mecanismo de acción antiimplantatorio, por lo que es este caso se incurriría en la muerte del cigoto. Tal es el caso de:

- a) La píldora del día siguiente o de emergencia, la cual son altas dosis de progesterona que pueden actuar de 3 formas, dependiendo el momento del ciclo menstrual de la mujer en que se ingiera; si es entre 5 a 1 día antes de la ovulación puede inhibirla,^{9, 10} si es entre las 72 y 120 horas sigue siendo efectivo (fuerte probabilidad que en muchos casos se haya dado la ovulación y la fecundación),^{11, 12, 13} asimismo, varios estudios muestran que ésta tiene efectos posteriores a la fecundación,^{14, 15, 16} y produce intensas y prolongadas alteraciones en la función secretora del endometrio, imposibilitándolo para la implantación.^{17, 18}
- b) Hormonales de dosis regular: Los mecanismos de acción más comunes son: 1) reducción en la frecuencia de la ovulación; 2) alteración de la motilidad de las trompas uterinas; 3) alteración en la consistencia del moco cervical y 4) alteración del endometrio, lo que provoca en caso de ha-

⁹ Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63(3):123-9.

¹⁰ Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A; et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4):227-34.

¹¹ Okewole IA, Arowojolu AO, Odusoga OL, Oloyede OA, Adeleye OA, Salu J, et al. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2007; 75(5):372-7.

¹² Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X, et al. A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod* 2005; 20(1):307-11.

¹³ Hamoda H, Ashok PW, Stander C, Flett GM, Kennedy E, Templeton A. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2004; 104(6):1307-13.

¹⁴ Kahlenborn C, Stanford JB, Larimore WL. Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Ann Pharmacother* 2002; 36(3):465-70.

¹⁵ Leung VW, Levine M, Soon JA. Mechanisms of action of hormonal emergency contraceptives. *Pharmacotherapy* 2010; 30(2):158-68.

¹⁶ Larimore WL, Stanford JB, Kahlenborn C. Does pregnancy begin at fertilization? *Fam Med* 2004; 36(10):690-1.

¹⁷ Young DC, Wiehle RD, Joshi SG, Poindexter AN 3er. Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol* 1994; 84(2):266-71.

¹⁸ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022474s0001b1.pdf

- ber fecundación la imposibilidad de implantación del cigoto.^{19, 20, 21, 22, 23}
- c) Dispositivo intrauterino. El mecanismo de acción actúa principalmente de manera local, alterando el endometrio²⁴ (por lo que de ocurrir una fertilización, el cigoto no podría implantarse, ocurriendo de esta forma un aborto). Asimismo también puede alterar el moco cervical lo que impediría el paso de espermatozoides, e inhibe la capacitación de estos últimos.

Aborto y Salud Pública

A nivel mundial, cada año se presentan 208 millones de embarazos, de los cuales se consideran un 41% (85 millones) como no planeados.²⁵ Asimismo, se ha reportado que del total de abortos no planeados a nivel mundial, el 50% terminan en aborto;²⁶ es decir, que aproximadamente al año se llevan a cabo 43 millones de abortos lo que implicaría que casi una cuarta parte de la población mundial muere cada año por un aborto.

El tema del aborto genera un gran debate, pero en la mayoría de los casos, la búsqueda de su legalización ha proveído de información incorrecta a la opinión pública y a la sociedad, utilizando argumentos que carecen de sustento científico, por lo que se presentará los datos que permiten concluir que 4 de las grandes premisas utilizadas para su despenalización son falsas:

1. Legalizar el aborto, no disminuye las muertes maternas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el descenso más dramático en las tasas de mortalidad materna en el mundo desarrollado tuvo lugar entre 1941 y 1951 (mucho antes de que fuera legalizado el aborto), y coin-

¹⁹ http://berlex.bayerhealthcare.com/html/products/pi/fhc/Yasmin_PI.pdf

²⁰ http://berlex.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf

²¹ <http://www.spfiles.com/pinuvaring.pdf>

²² http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021529s004lbl.pdf

²³ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021180s026lbl.pdf

²⁴ http://berlex.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf

²⁵ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, Second edition. World Health Organization. 2012.

²⁶ Orner PJ, de Bruyn M, Barbosa RM, Boonstra H, Gatsi-Mallet J, Cooper DD. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2011 Nov 14;14:54. doi: 10.1186/1758-2652-14-54.

ció con el desarrollo de técnicas obstétricas y mejoras en el estado general de salud de la mujer; dicha evidencia muestra que, en los llamados países en vías de desarrollo que han logrado una reducción en las tasas de mortalidad materna el factor crucial ha sido la aplicación de estas políticas y no la legalización del aborto.²⁷

A nivel global, la mortalidad materna disminuyó 47% entre 1990 y el año 2010; presentándose en este último 287,000 mujeres que murieron en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio. De este total, el 19% (56,000) de las muertes maternas totales, se presentaron en la India, país donde el aborto es legal desde 1972. Asimismo, China ocupa el onceavo lugar con mayor número de muertes maternas en el mundo (6,000 cada año) y en este país el aborto es legal, e incluso forma parte de políticas de “planificación familiar” después del primer hijo en áreas urbanas y el segundo en rurales.²⁸

Otro caso es Rusia, donde el aborto es legal desde hace muchas décadas, y en el año 2008 la mortalidad materna fue 3 veces superior al promedio (39 muertes por cada 100,000 nacidos vivos),²⁹ siendo la mayoría por hemorragia y sepsis.³⁰ Para el año 2010 los datos no variaron de manera significativa, pues la mortalidad materna fue de 34. Estos datos contrastan con la República Checa, donde el aborto es ilegal y en 2008 la mortalidad materna fue de 7 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos y para el 2010 disminuyó a 5 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos; así mismo en el caso de Irlanda (donde también es ilegal), en el 2010 la mortalidad materna fue de 5 por cada 100,000 nacidos vivos.

Mencionaremos el especial caso de Chile. En este país de Latinoamérica-

²⁷ World Health Organization. *The World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva: World Health Organization; 2005.

²⁸ World Health Organization. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010* WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012.

²⁹ Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Y Ahn S, Wang M, Makela SM, et al. *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*. *Lancet* 2010.

³⁰ Gurina NA, Vangen S, Forsén L, Sundby J. *Maternal mortality in St. Petersburg, Russian Federation*. *Bull World Health Organ* 2006;84:283–89.

no, el aborto es ilegal en todas sus formas desde 1989 y en el 2010 fue el país con mortalidad materna más baja de esta región (25 por 100,000 nacidos vivos), menor que la de Cuba (73 por 100,000 nacidos vivos) y Guyana (280 por 100,000 nacidos vivos), donde el aborto es legal sin restricciones. Haciendo una comparación de datos entre 1990 y el año 2010, la mortalidad materna en Chile disminuyó de 56 a 25 por cada 100,000 nacidos vivos (un 56%), y por el contrario en Cuba y Guyana aumentaron de 63 a 73 (un 16%) y de 180 a 280 (un 51%) muertes por 100,000 nacidos vivos respectivamente. Es importante mencionar que países donde el aborto es legal como estados Unidos y Canadá, presentaron un aumento en la mortalidad materna de 12 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 21 en el 2001 (aumento del 65%), y de 6 en 1990 a 12 en el 2010 (un aumento de 101%) respectivamente.³¹

El caso de Chile demuestra que la legalización del aborto no disminuye la mortalidad materna, y un nuevo estudio demuestra³² que desde 1957 al 2007, en este país, la mortalidad materna disminuyó un 93.8%, debido a un incremento en el nivel educativo de las madres, así como en mejora en los servicios de salud de este país, sin que la despenalización del aborto tuviera ninguna relación con estas cifras; y por el contrario concluye que desde 1989 (año en que se prohibió el aborto en todas sus formas) esta disminuyó de 41.3 a 12.7 por 100,000 nacidos vivos, lo que indica un porcentaje de 69.2%.

La legalidad o ilegalidad del aborto no afecta la mortalidad materna; lo que sí la disminuye, son los partos atendidos por personal calificado. Un estudio realizado en los 32 estados de México, encontró que el estatus legal del aborto no es el factor que aumenta la mortalidad materna, sino otros factores de desarrollo humano como acceso a servicios obstétricos de urgencia y ser-

³¹ Weitz TA, Taylor D, Desai S, et al. Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver. *American Journal of Public Health*. 2013;103(3):454-461. doi:10.2105/AJPH.2012.301159.

³² Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE* 2012; 7(5): e36613.

vicios médicos; escolaridad de las mujeres y acceso a la educación; acceso a servicios de agua potable y drenaje.³³ Asimismo, es el caso de Haití, donde la mortalidad materna en 2011 fue la más elevada del continente, (300 por 100,000 nacidos vivos), y donde solamente el 26% de los partos reciben atención calificada. Otro caso es Bolivia donde este número llega al 66% y la mortalidad materna en 2011 fue de 180 por 100,000 nacidos vivos.³⁴

2. Legalizar el aborto es promoverlo. En este rubro mencionaremos en primer lugar el caso de España, donde el 5 de julio de 1985, se despenalizó inicialmente por 3 causales. Han pasado más de 25 años, y desde entonces las defunciones por causa del aborto inducido han aumentado exponencialmente, convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad de los niños no nacidos en dicho país. Los datos son contundentes, en los últimos 15 años la tasa de abortos se ha duplicado tal y como lo publica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno Español, donde datos publicados el pasado 21 de diciembre del 2012 por la referida dependencia gubernamental, indican que en 2010 se llevaron a cabo 113,031 abortos y que para el 2011 fueron 118,359; es decir, que estos se incrementaron un 4.71%. Al mismo tiempo, al comparar cifras del 2002 contra las de 2011, estas últimas han aumentado un 50%, pues en el año 2002 se practicaron 77,125 abortos inducidos.³⁵ Cifras comparativas entre 1987 y el año 2008 indican que el aborto aumentó de 16,728 a 115,812 abortos anuales; así mismo en los últimos 10 años, el porcentaje de abortos se ha duplicado en menores de 18 años.³⁶ Actualmente en este país 1 de cada

6 embarazos termina en aborto.

³³ Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, et al. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006013. doi:10.1136/bmjopen-2014-006013

³⁴ United Nations Population Fund. The State of the world's midwifery 2011. *Delivering Health, Saving Lives*. UNFPA New York, 2011.

³⁵ http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2011.pdf

³⁶ Instituto de Política Familiar. *Evolución del Aborto en España: 1985-2005; 2005*.

En Reino Unido, el aborto es legal desde hace varias décadas. En el año 2004, se llevaron a cabo 185,400 abortos provocados,³⁷ un 2.1% más que en el 2003 que se llevaron a cabo 181,600. Y en 2006, se llevaron a cabo 193,700 abortos, 3.9% más que en 2005, que se llevaron 186,400 abortos.³⁸ En 1968 se practicaron 23,641 abortos, y en el año 2004, la cifra fue de 194,197. Es decir que desde su legalización ha aumentado más del 800%. En los últimos 10 años, el aumento de abortos ha sido del 17%. Actualmente en Inglaterra el 79% de los abortos, se llevan a cabo en la adolescencia.³⁹

Cifras de otros países, nos indican por ejemplo que en Nueva Zelanda el aborto es legal desde 1977. Estudios indican que hasta el 25% de mujeres menores de 21 años han estado embarazadas, y casi el 31% han tenido un aborto provocado.⁴⁰ En Noruega el aborto es legal desde 1978, y se llevan a cabo 15,000 abortos al año (dentro de una población de 4.6 millones de personas).⁴¹ En Francia de 1988 al 2006 se llevaron a cabo más de 1.2 millones de abortos mayores a 7 semanas de gestación.⁴² En Canadá se presentan 100,000 abortos al año.⁴³ En Estados Unidos, casi 1 de cada 4 embarazos termina en aborto provocado anualmente. En el año 2004 se llevaron a cabo 839,226 abortos en dicho país.⁴⁴

En la Ciudad de México, el aborto se despenalizó en el 25 de abril del año 2007 y las cifras oficiales indican que en el año 2008 se llevaron a cabo 10,137 abortos, para el 2015 ya eran 14,390; y a más de 9 años de la legalización se

³⁷ Department of Health. Statistical Bulletin. Abortion Statistics, England and Wales: 2004. Bulletin 2005/11. England: Crown; 2005.

³⁸ National Statics and Department of Health. Statal Bulletin Abortion Statistics, England and Wales: 2006. England 2007.

³⁹ Adler M. *Sexual health: report finds sexual health service to be a shambles*. *BMJ* 2003; 327:62-3.

⁴⁰ Fergusson DM, Boden JM, Horwood J. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspec Sex Reprod Health* 2007; 39(1):6-12.

⁴¹ Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 2005; 3(18).

⁴² Baulieu E.M. Deaths from *Clostridium sordellii* after medical abortion. *N Eng J Med* 2006; 345(15): 1645-47.

⁴³ deVeber LL, Gentles I. *Psychological aftermath of abortion*. *CMAJ [Letter]* 2005; 73(5):466-7; author reply 7.

⁴⁴ Strauss LT, Gamble SB, Parker WY, Cook DA, Zane SB, Hamdan S, et al. *Abortion surveillance-United States, 2004*. *MMWR Surveill Summ* 2007; 56(9):1-33.

han llevado más de 138,000 abortos tan solo en los hospitales públicos de la Ciudad.

3. En México la mortalidad por abortos provocados no es un problema de salud pública. Cifras del INEGI del año 2003,⁴⁵ indicaron que en nuestro país en dicho año se presentaron 7,799 muertes en mujeres de entre 15 y 29 años, de las cuales 711 mujeres murieron por causas prenatales, donde el aborto ocupó el 6.8% de las muertes. Asimismo, datos del año 2002 que indican que murieron 97 mujeres por aborto (incluyendo espontáneo y provocado).⁴⁶

La Secretaría de Salud indicó que en el año 2005 se registraron 58,554 defunciones hospitalarias en mujeres por todas las causas, de estas, solamente 287 fueron perinatales, es decir, que tienen relación con el embarazo, parto y puerperio; y dentro de estas, el aborto ocupó el cuarto lugar.

Asimismo, según datos del INEGI en el año 2006 fallecieron 7,831 mujeres de entre 15 y 29 años, donde una de cada cinco falleció a causa de un accidente (1,566); 12.6% por tumores malignos (984) y 8% por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio murieron 627 mujeres.⁴⁷ En el año 2015, el INEGI reportó 944 muertes de mujeres a nivel nacional de todas las edades, relacionadas con el embarazo, partir y el puerperio.⁴⁸

Estudios científicos recientes han revelado que para grupos promotores del aborto sobre estimaron hasta 1,000 veces la realidad del aborto en la Ciudad de México para lograr la despenalización del mismo; pues las cifras ob-

⁴⁵ (INEGI) INdElyG. *Hombres y Mujeres en México*. 7a edición ed. México: INEGI; 2003.

⁴⁶ Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 2002. *Salud Pub Mex* 2004; 46(1): 75-88.

⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Estadísticas a propósito del día de muertos, datos nacionales. México: INEGI; 2007. p. 1-7.

⁴⁸ INEGI, 2015 http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=

servadas de abortos inducidos a mujeres residentes de la capital mexicana, no ha superado los 15,000 por año, de acuerdo al registro oficial, y por ejemplo en el año 2009, el número fue de 12,221, lo cual contradice directamente la cifra de 122,135 abortos inducidos que habría sido estimada en investigaciones utilizadas por grupos abortistas para promover la legalización del mismo. En relación a la disminución de la mortalidad materna, en nuestro país se han presentado importantes avances en materia de salud materna, al reflejarse una disminución de dicha mortalidad en un 30.6% entre 1990 y 2010. Así mismo, específicamente las muertes relacionadas por aborto inducido en todo el país, solo constituyen el 2.07% de la mortalidad materna global; presentándose en el año 2009 de los 1,207 decesos en este rubro, solo 25 casos por aborto provocado.⁴⁹

En la actualidad, el 98% de las muertes maternas en México están relacionadas con causas distintas al aborto inducido, es decir, por hemorragias, hipertensión y eclampsia, entre otras; razón por la cual es fundamental orientar los recursos para lograr el acceso universal a la atención especializada y de urgencias, especialmente en las regiones más vulnerables, lo cual será clave para continuar reduciendo la mortalidad materna de nuestras mujeres mexicanas.^{50, 51}

4. El aborto inducido sí tiene graves consecuencias sobre la salud de la mujer. Destacadas investigaciones a nivel internacional lo confirman. Estudios del Dr. Fergusson y su equipo de colaboradores, en el 2006 en Nue-

⁴⁹ Koch E, Aracena P, Gatica S, Bravo M, Huerta-Zepeda A, Calhoun BC. Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality: A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases. *Int J Womens Health*. 2012; 4:613-23.

⁵⁰ Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Vicente-González E, Venegas-Páez FV, Villalba-Espinoza I, Pérez-Cardoso AL, Barrón-Saldaña DA, Montesinos-Gómez G, Aguirre Güemez AV, Novoa-Boldo A, Mendoza-Larios LA, López-González R, Mazón-González B, Aguirre-Gas HG. "Analysis of maternal deaths in Mexico occurred during 2009". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51:486-495.

⁵¹ Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 27;(7):CD011242. doi: 10.1002/14651858.CD011242.pub2.

va Zelanda⁵² demuestran resultados de su investigación por 25 años a un grupo de 630 mujeres desde su nacimiento, observando los desórdenes en su salud mental relacionándolos con el aborto y el embarazo. Hallaron que las mujeres de entre 15 a 18 años de edad que no se habían embarazado tenían un 31.2% de probabilidad de sufrir depresión mayor, las que habían quedado embarazadas y no habían tenido un aborto tenían una probabilidad de 35.7%, pero aquéllas que habían tenido un aborto, tenían una probabilidad de 78.6%.

Para el caso de ansiedad, las estadísticas fueron muy parecidas: sin embarazos 37.9%; embarazo a término 35.7% y aborto inducido 64.3%. Y para las ideas de suicidio, sin embarazo: 23%; embarazo a término 25% y aborto inducido 50%. Asimismo, publicaciones del 2013 concluyen que el aborto se asocia con aumento de ansiedad, uso de drogas ilícitas y alcohol así como conductas suicidas; es decir, que este se asocia con otros problemas mentales.⁵³

Investigaciones del Instituto Elliot en Illinois⁵⁴ revelan que las mujeres que abortan son 3 veces más propensas a presentar síntomas de trastornos de ansiedad generalizada, en comparación con mujeres que presentaron embarazos no planeados llevados a término. Asimismo, estudios de deVeber, Soderberg, Reardon, Cogle, Houston y Lauzon indican que mujeres que han tenido un aborto provocado, presentan problemas psiquiátricos,⁵⁵ alteraciones emocionales severas⁵⁶ tales como depresión hasta en un 65%,^{57, 58} ansiedad,

⁵² Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(1):16-24.

⁵³ Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Apr 3.

⁵⁴ Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. "Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth". *Journal of anxiety disorders*. 2005;19(1):137-42.

⁵⁵ deVeber LL, Gentles I. Psychological aftermath of abortion. *Can Med Assoc J*. [Letter] 2005; 73(5):466-7; author reply 7.

⁵⁶ Soderberg H, Janzon L, Sjoberg NO. Emotional distress following induced abortion: a study of its incidence and determinants among abortees in Malmo, Sweden. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79(2):173-8.

⁵⁷ Reardon DC, Cogle JR. Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *BMJ* 2002; 24:151-52.

⁵⁸ Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit* 2003; 9(4):CR157-64.

ideas suicidas e intentos de suicidios,⁵⁹ más que aquellas mujeres embarazadas que no abortaron; e incluso sus parejas también presentan ansiedad hasta en un 37% respectivamente.⁶⁰

Se ha reportado que las mujeres que han abortado, presentan mayor recurrencia a servicios de Psiquiatría, presencia de trastornos bipolares;⁶¹ y hasta 6 veces más suicidios, que aquellas con embarazos que llegaron a término.^{62, 63} Asimismo, hasta el 65% de las mujeres que han tenido un aborto provocado, presentan síntomas relacionadas con desórdenes de estrés postraumático,⁶⁴ considerando al aborto el mayor evento traumático que uno puede vivir.⁶⁵ Por otro lado se ha documentado que las mujeres que están embarazadas y no abortan, tienen menor riesgo de suicidio; pues la maternidad es un factor protector contra el suicidio.^{66, 67, 68}

En el año 2011, la doctora Priscilla Coleman publicó un estudio⁶⁹ sobre las consecuencias del aborto en la salud de la mujer. Dicha investigación, analizó varios estudios científicos publicados entre 1995 y el año 2009; abarcando 877,181 participantes, de las cuales: 163,831 tuvieron un aborto; y concluyó que las madres que han abortado tienen 155 veces más riesgo de un suicidios y 81 veces más riesgo de sufrir alguna enfermedad mental. También demostró

⁵⁹ Houston H, Jacobson L. Overdose and termination of pregnancy: an important association? *Br J Gen Pract* Dec 1996; 46(413):737-38.

⁶⁰ Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Can Fam Physician* 2000; 46:2033-40.

⁶¹ Reardon DC, Coughle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *CMAJ* 2003; 168(10):1253-6.

⁶² Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ* 1996; 313(7070):1431-4.

⁶³ Morgan CL, Evans M, Peters JR, Currie C. Suicides after pregnancy. Mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion. *BMJ* 1997; 314(7084):902; author reply -3.

⁶⁴ Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Mon* 2004; 10(10):SR5-16.

⁶⁵ Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohmann P, Baez E, et al. Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005; 26(1): 9-14.

⁶⁶ Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302:137-40.

⁶⁷ Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry* 1997; 154:122-23.

⁶⁸ Ronsmans C, Khat M, Kodio B, Ba M, De Bernis L, Etard J. Evidence for a “healthy pregnant woman effect” in Niakhar, Senegal? *Int J Epidemiol* 2001; 30(3):467-73.

⁶⁹ Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry*. 2011 Sep;199(3):180-6.

que dichas mujeres tienen 220 veces más riesgo de consumir marihuana y 110 veces más de consumir alcohol que aquellas que no han abortado.

Asimismo, publicaciones de 2005⁷⁰ y 2003⁷¹ concluyen que las mujeres con una historia clínica de aborto inducido son 3 veces más propensas a usar drogas ilegales durante un embarazo posterior. Así mismo 2002⁷² reporta que las mujeres que presentaron aborto inducido, contra las que llevaron a término su embarazo, presentan 42%, 30%, y 16% a 180 días, 1 año, y 2 años, mayor incidencia en la necesidad de tratamiento psiquiátrico. Asimismo en su estudio del 2005 publicado en *Acta Paediatrica*,⁷³ compara dos grupos de mujeres con y sin pérdidas perinatales y el riesgo de abuso físico hacia niños, encontrado que en el caso de pérdidas, este es 99% más alto que en el otro grupo, y 189% mayor si las pérdidas eran múltiples; pero este aumentaba en un 1,237% si los abortos inducidos fueron múltiples.

El Dr. Reardon y colaboradores⁷⁴ concluyen en 2011, al estudiar a toda la población mujeres de Dinamarca que las mujeres que abortaron en su primer embarazo antes de las 12 semanas de gestación, se asocia con un 80% mayor riesgo de muerte durante el primer año y un 40% más riesgo de muerte en 10 años. Resultados similares se reportan en el estudio en población danesa en 2012,⁷⁵ en el cual se concluye que existe un aumento de muerte de 45%, 114% y 191% por 1, 2 y 3 abortos respectivamente, al compararlo con las mujeres que no han tenido un aborto; y se destaca que la mortalidad materna disminuye en aquellas mujeres que han tenido dos o tres nacimientos, contra las que no

⁷⁰ Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Psychiatry* 2005 May;10(Pt 2):255-68.

⁷¹ Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002 Dec;187(6):1673-8.

⁷² Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. "State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years". *The American Journal of Orthopsychiatry*. 2002 Jan;72(1):141-52.

⁷³ Coleman PK, Maxey CD, Rue VM, Coyle CT. Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low-income mothers. *Acta paediatrica*. 2005 Oct;94(10):1476-83.

⁷⁴ Reardon DC, Coleman PK. Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: population register based study for Denmark 1980-2004. *Med Sci Monit*. 2012 Sep;18(9):PH71-6.

⁷⁵ Coleman PK, Reardon DC, Calhoun BC. Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study. *Eur J Public Health*. 2012 Sep 5.

los han tenido.

Asimismo en *Southern Medical Journal*, se vincularon los certificados de defunción por concepto de partos y abortos de 173,000 mujeres de California, donde reportaron que las mujeres que se habían practicado abortos fueron casi el doble de propensas a morir en los siguientes 2 años y que el elevado índice de mortalidad en estas persistió durante 8 años;⁷⁶ reportándose especialmente por problemas vasculares⁷⁷ y cerebrovasculares.⁷⁸

Se tienen bien establecidas graves consecuencias físicas y fisiológicas que pueden afectar la salud de las mujeres para toda la vida, como: perforaciones uterinas; infección y sepsis; síndrome de shock tóxico, endometriosis, ataques asmáticos severos, embarazo ectópico subsecuente y estrés emocional.⁷⁹ Asimismo, ellas tienen 30% más posibilidades de morir de causas naturales que aquellas que no abortan.⁸⁰ El Dr. Reardon, también demostró⁸¹ mayor riesgo de admisiones al área de psiquiatría por aquellas mujeres que presentaron abortos inducidos, contra las que llevaron a término su embarazo.

En relación al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en aquellas mujeres que han abortado; estudios científicos han concluido que ellas son más propensas a ingerir alcohol en embarazos futuros^{82, 83, 84} y a usar drogas ilegales.

⁷⁶ Reardon DC, Ney PG, Scheuren F, Cogle J, Coleman PK, Strahan TW. Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *South Med J* 2002; 95(8):834-41.

⁷⁷ Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, et al. Medical Abortion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 Apr;38(4):366-89. doi: 10.1016/j.jogc.2016.01.002.

⁷⁸ Reardon DC, Coleman P. Pregnancy-associated mortality after birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4):1506-7.

⁷⁹ Weitz TA, Taylor D, Desai S, et al. Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver. *American Journal of Public Health.* 2013;103(3):454-461. doi:10.2105/AJPH.2012.301159.

⁸⁰ Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(2):422-7.

⁸¹ Reardon DC, Coleman P. Pregnancy-associated mortality after birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4):1506-7.

⁸² Gladstone J, Levy M, Nulman I, Koren G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption. *Can Med Assoc J* 1997; 156(6):789-94.

⁸³ Thomas T, Tori CD, Wile JR, Scheidt SD. Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients with reproductive losses. *J Health Care Poor Underserved* 1996; 7(1):15-23.

⁸⁴ Reardon DC. Maternal age and fetal loss. Missing abortion stratification adds to confusion. *BMJ* 2001; 322(7283):429-30.

les⁸⁵ como el crack⁸⁶ incluso durante un embarazo posterior^{87,88} y que llegan a abusar de estas hasta 5 veces más que las terminaron su embarazo.⁸⁹

También existen consecuencias del aborto inducido en futuros embarazos;⁹⁰ por ejemplo, éste aumenta la posibilidad de tener futuros hijos con bajo peso al nacer y pretérmino.⁹¹ Otros estudios concluyen de manera similar que las mujeres que han abortado, tienen hasta el doble de probabilidades de presentar placenta previa^{92, 93} mayor riesgo que sus futuros hijos presenten bajo peso al nacer,^{94, 95} nazcan antes de tiempo^{96, 97, 98, 99} y tienen más riesgo de tener abortos naturales en los siguientes embarazos, incompetencia cervical y subsecuente aborto espontáneo, parto pre-termino, hemorragia post-parto.^{100, 101} Estudios recientes, han relacionado la presencia de un aborto con el cáncer de mama.¹⁰²

⁸⁵ Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Health Psychol* 2005; 10(Pt 2):255-68.

⁸⁶ Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of crack cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000; 76(4):292-93.

⁸⁷ Reardon DC, Coleman PK, Cogle JR. Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004; 30(2):369-83.

⁸⁸ Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(6):1673-8.

⁸⁹ Reardon DC, Ney PG. Abortion and subsequent substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(1):61-75.

⁹⁰ Klemmeti R, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki E. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Hum Reprod*. 2012 Nov;27(11): 3315-20.

⁹¹ Shah PS, Zao J; Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG*. 2009 Oct; 116(11):1425-42.

⁹² Hendricks MS, Chow YH, Bhagavath B, Singh K. Previous cesarean section and abortion as risk factors for developing placenta previa. *J Obstet Gynaecol Res* 1999; 25(2):137-42.

⁹³ Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(5):1071-8.

⁹⁴ Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and low birthweight in the following pregnancy. *Int J Epidemiol* 2000; 29(1):100-6.

⁹⁵ Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morris FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med* 2009; 54(2):95-108.

⁹⁶ Henriët L, Kaminski M. Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 French national perinatal survey. *BJOG* 2001; 108(10):1036-42.

⁹⁷ Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstet Gynecol* 1999; 94(6):948-53.

⁹⁸ Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG* 2005; 112(4):430-7.

⁹⁹ Ancel PY, Lelong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, EUROPOP. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Hum Reprod* 2004; 19(3):734-40.

¹⁰⁰ Sun Y, Che Y, Gao E, Olsen J, Zhou W. Induced abortion and risk of subsequent miscarriage. *Int J Epidemiol* 2003; 32(3):449-54.

¹⁰¹ Scholten BL, Page-Christiaens GCML, Franx A, Hukkelhoven CWPM, Koster MPH. The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(5):e002803. doi:10.1136/bmjopen-2013-002803.

¹⁰² Hajian-Tilaki KO, Kaveh, A-hangar T. Reproductive factors associated with breast cancer risk in northern Iran. *Med Oncol* 2011; 28(2):441-6.

Reflexiones

Aunque mucho se ha argumentado que el aborto es un derecho de las mujeres, y que esta práctica no afecta la integridad de ellas, esto es falso. El hecho que la mujer decida libremente sobre su cuerpo, no incluye a otra persona, como lo es el niño en gestación. La ciencia ha demostrado ampliamente que desde la concepción, existe una nueva persona humana; un individuo con patrimonio genético propio, que tiene fuerza interna propia que le permite crecer y autonomía para modular su desarrollo. Claro, él depende de su madre para recibir oxígeno y alimento, y seguirá dependiendo de sus padres incluso varios años posteriores a su nacimiento.

La situación de una mujer ante un embarazo inesperado, debe llevar a plantearnos, como sociedad, muchas preguntas, para las cuales lamentablemente el sistema jurídico, político y social de nuestro país parece no tener respuesta: ¿Por qué, la mujer debe cargar con la responsabilidad del embarazo, si para su procreación se necesitó también del hombre?, ¿Por qué no promover políticas públicas que permitan a la mujer vivir de manera más segura su maternidad, en vez de hacer todo lo posible por enfrentarla contra su hijo?

Como sociedad, es necesario que demos solución a los problemas de fondo, de una manera justa, sin ideologías, ni excluyendo a nadie de sus derechos. ¿Cuántas madres que recurren al aborto lo hacen con un profundo desgarramiento interior impulsadas la mayoría de las veces, por un sentimiento de angustia y abandono? Detrás de esta acción, se puede esconder el desamparo y la incompreensión del padre de su hijo, de su familia y de la sociedad, lo que la vuelve profundamente vulnerable ante el reto que le permitiría llevar a feliz término su embarazo; por lo que es fundamental impulsar políticas públicas que apoyen a la mujer y a su hijo no nacido, como lo son:

1. La ampliación de la incapacidad por maternidad. Actualmente este es de



- 45 días antes del parto y 45 días posteriores al mismo; por lo que lograr una ampliación a seis meses (como ya lo ofrecen países Latinoamericanos como Chile) puede lograr que la maternidad nunca sea un obstáculo para acceder a un trabajo, ni el trabajo un obstáculo para ser madre.
2. Contar con guarderías de calidad en los centros de trabajo; para que de esta forma puede promoverse la lactancia materna, y la madre se sienta segura al saber que ante cualquier emergencia se encuentra cerca de su hijo.
 3. Implementar programas para la defensa de la maternidad vulnerable, que incluya psicólogos, abogados, sociólogos y asistentes sociales, que presten atención presencial y en línea a mujeres con problemas relacionados con el embarazo o la maternidad, tales embarazos no esperados, duelo por pérdida de un hijo, licencias laborales por maternidad, problemas de pensión de alimentos, entre otros.
 4. Impulsar programas de educación sexual para padres e hijos, donde se compagine información científicamente veraz con actividades vinculadas a la formación del carácter y la afectividad que promueva el retraso del inicio de la vida sexual en la adolescencia y juventud temprana y les permitan crecer, desarrollarse y hacer frente a sus actos. Proveer herramientas educativas donde aprendan a amar y relacionarse con el prójimo con todo el valor que tienen como personas sexuadas femeninas y masculinas.
 5. En caso de adolescentes o jóvenes que hayan sido madres; debe contarse con programas orientados hacia sus necesidades específicas, donde se fomente la reinserción educacional y laboral, capacitación en el cuidado de niños, etc.
 6. Ante la realidad que una mujer no pueda o no quiera cuidar de su hijo por nacer; debe fomentarse el tema de la adopción. Miles de familias en todo el país esperan la llegada de un hijo; y la adopción para muchos de ellos es la

mejor opción; siendo así que estos niños “inesperados” para algunas mujeres, son ya deseados y amados por otras familias que los esperan con los brazos abiertos. La adopción es una opción de vida.

Si no vinculamos el respeto a la vida, y a las mujeres con una sexualidad orientada en principios y valores, el aborto seguirá siendo un drama que divide a la sociedad: donde un niño inocente pierde la vida a mano de sus padres, donde corre riesgo la salud física y psicológica de la mujer, donde se promueve la irresponsabilidad de los hombres en torno al ejercicio de la sexualidad y sobre todo, se deja a la suerte de la madre el dolor que nunca podrá superar plenamente.

CLONACIÓN

Dora Gilda Mayén Molina MD, PhD

Resumen

1. La clonación es el proceso mediante el cual, de manera no sexual, se obtienen dos células, moléculas u organismos idénticos ya desarrollados.
2. El origen de las células que se van a emplear en la clonación tiene al menos tres fuentes: fertilización in vitro, activación partenogenética y transferencia nuclear somática.
3. Las células madre o troncales se obtienen a partir del embrión o en la vida post-natal.
4. Las células madre embrionarias son pluripotenciales y pueden originar diferentes tipos celulares, si bien la manipulación del embrión implica problemas éticos importantes.
5. La obtención de células madre del adulto, tiene menos implicaciones éticas ya que son obtenidas a partir de la médula ósea, sangre del cordón umbilical al nacimiento o pulpa dentaria en la infancia, aunque su pluripotencialidad es menor a la de las embrionarias.
6. Existen dos tipos de clonación: reproductiva y terapéutica.

7. En la clonación reproductiva se re-programa a una célula adulta hacia un estado embrionario para dar origen a un nuevo individuo idéntico al de la célula donadora.
8. La clonación terapéutica implica la posibilidad de originar diferentes tipos de líneas celulares con el fin de tratar algunas enfermedades humanas a través del trasplante de éstas.
9. Hasta el momento las enfermedades que es posible tratar son leucemias, enfermedades metabólicas congénitas y está en investigación su empleo en diabetes mellitus, Alzheimer y enfermedades cardiovasculares.

Glosario de términos^{1,2,3}

ADN

Ácido desoxirribonucleico, constituye el genoma humano. La mayor parte se encuentra dentro del núcleo de la célula y una menor proporción en las mitocondrias del citoplasma de la célula.

Célula madre, progenitora, pluripotencial, stem cell

Célula con capacidad de dividirse y auto-replicarse por períodos indefinidos.

Bajo ciertas condiciones es capaz de diferenciarse en células de las tres capas germinales y por lo tanto diferentes tipos celulares (pluripotencial). Si bien en cultivo no es fácil diferenciarlas, existen marcadores para definir su perfil de expresión génica y funcionalidad.

Célula somática

¹ Moore KL, Persaud TVN: Introducción al desarrollo del ser humano. En: Moore KL, Persaud TVN: *Embriología clínica*. Capítulo 11, pag 1-13. Editorial Elsevier España, 2008 ISBN 978-84-8086-337-7.

² Cervantes A, López M, Arenas D, Peñaloza R: Bases moleculares de la herencia. En: Del Castillo Ruiz V, Uranga Hernández RD, Zafra de la Rosa G: *Genética clínica*. Capítulo 2, pag. 11-36. Ed. El Manual Moderno, México DF 2012. ISBN: 978-607-448-251-5.

³ Frías S, Molina B, Rodríguez A, Ramos S, Sanchez S, Villaruel C: Cromosomas y patología cromosómica. En: Del Castillo Ruiz V, Uranga Hernández RD, Zafra de la Rosa G: *Genética clínica*. Capítulo 4, pag 101-124. Ed. El Manual Moderno, México DF 2012. ISBN: 978-607-448-251-5.

Se refiere a todas y cada una de las células del cuerpo del ser humano, contiene el material genético contenido en 46 cromosomas (número diploide).

Célula germinal

Se refiere al óvulo y al espermatozoide humanos que contienen la mitad del material genético que requiere un individuo, es decir 23 cromosomas (número haploide). Estas células al fusionar su material genético durante la fecundación o concepción originan 46 cromosomas (número diploide).

Cigoto

Es la primera célula que dará origen a un ser humano, se forma durante la fecundación o concepción cuando el espermatozoide penetra al ovocito. Es el comienzo de un nuevo ser humano, a partir de esta etapa contiene el número diploide de cromosomas que mantendrá el resto de su vida un individuo ($n=46$).

Cromosomas

Son estructuras que contienen al ADN. La especie humana cuenta con 46 cromosomas, lo que se conoce como número diploide, dado que cada uno de los progenitores aporta la mitad de éstos es decir 23, que es el número haploide.

Embrión

Se forma posterior a la división de la primera célula o cigoto para originar dos células hijas idénticas y de ahí en adelante no detiene dicha división celular hasta el nacimiento. Se considera como ser humano en desarrollo durante los primeros estadios. El período embrionario se extiende hasta el final de la octava semana (56 días), momento en el que están presentes los esbozos de todas las estructuras principales.

Epigenética

Estudio de los rasgos hereditarios que no dependen de la secuencia primaria del ADN, es el resultado de la interacción entre los genes y sus productos durante el desarrollo.

Espermatozoide

Célula germinal masculina que contiene el material genético del padre, no es un cigoto ni un embrión. Contiene el número haploide de cromosomas humanos ($n=23$).

Feto

Es el individuo en desarrollo después de la octava semana y hasta el nacimiento. Durante el período fetal tiene lugar la diferenciación y el crecimiento de los tejidos y órganos.

Óvulo (ovocito)

Célula germinal femenina que contiene el material genético de la madre, no es un cigoto ni un embrión. Contiene el número haploide de cromosomas humanos ($n=23$).

Transferencia nuclear

Fusión de una célula adulta –que contiene tanto cromosomas paternos como maternos– con un ovocito al cual previamente se le han extraído sus cromosomas, posteriormente el embrión es transferido al útero de una madre subrogada, para finalmente obtener un producto clonado que es una copia del organismo del que se obtuvo la célula adulta.⁴

⁴ Callaway E. Dolly at 20: The inside story on the world's most famous sheep. *Nature*. 2016 Jun 29;534(7609):604-8. doi: 10.1038/534604a.

Clonación

La clonación es el proceso mediante el cual, de manera no sexual, se obtienen dos células, moléculas u organismos idénticos ya desarrollados. La clonación molecular y la celular son empleadas como procedimientos de laboratorio desde hace varias décadas con aplicaciones de diagnóstico y tratamiento médicos y en diversos procesos industriales y se basa en el cultivo de las células de interés. El cultivo para mantener vivas células y tejidos presenta gran impacto también en medicina regenerativa.⁵

La clonación de células de organismos superiores conocidos como eucariontes, conlleva implicaciones bioéticas sumamente importantes. Existen dos tipos de clonación: reproductiva y terapéutica.

Clonación reproductiva

Existe evidencia en diversos tipos de mamíferos y podría ser empleada en el ser humano. Fue empleada en forma exitosa por primera vez en un mamífero a partir de una célula epitelial adulta por el equipo de Ian Wilmut. La oveja Dolly nació el 5 de julio de 1996 en el Instituto Roslin en Edimburgo, Reino Unido, vivió durante seis años y medio y procreó diversas generaciones de ovejas. En 2003 empezó a mostrar datos de enfermedad tumoral en los pulmones que la llevó a la muerte. La trascendencia de este experimento es que se reconoció la existencia de factores en el ovocito que al entrar en contacto con cromosomas de una célula adulta, le permite re-programarse a un estado embrionario y dar origen a un nuevo individuo idéntico al de la célula donadora y con la posibilidad de originar líneas celulares diferentes con su potencial empleo en el tratamiento de enfermedades humanas. Sin embargo aún queda mucho por investigar entre otras cosas el envejecimiento prematuro de Do-

⁵ Sovario Ambesi-Impiomato: La clonación En: Cuadernos de Bioética 2000/1'. pag 48-55. <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/48.pdf>

lly, aparentemente por la presencia de telómeros cortos, propio de una célula adulta.

Si bien los mecanismos regulatorios existen en el ADN de los cromosomas, hay otros factores en el citoplasma del ovocito receptor que podrían reprogramar al núcleo en etapas tempranas y que requieren aun mayor investigación, por otra parte la etapa de la división celular en la cual se encuentra el ovocito receptor parece tener también un papel relevante.⁶

Clonación terapéutica

Se refiere a la potencialidad de originar líneas celulares diferentes –lo cual está aún en investigación– para el tratamiento de enfermedades humanas como la diabetes mellitus, el infarto del miocardio y la enfermedad de Alzheimer, entre otras.

El origen de las células que se van a emplear en la clonación tiene al menos tres fuentes: fertilización in vitro, activación partenogenética y transferencia nuclear somática, ésta última empleada con la oveja Dolly. Cualquiera de estos mecanismos genera un cigoto a partir del cual se pueden extraer en etapas tempranas (blastocisto) células pluripotenciales conocidas como células madre embrionarias; asimismo si se deja evolucionar hacia el estado embrionario ésta puede ser otra fuente más de este tipo de células. En estas células pluripotenciales en cultivo es posible inducir su diferenciación hacia la estirpe celular de interés para su empleo en terapia regenerativa. Otro tipo de células pluripotenciales, son las obtenidas posterior al nacimiento, en la infancia y en la vida adulta de una persona como la sangre del cordón umbilical, las células de la pulpa del diente y células de la médula ósea. Si bien es posible también inducir la pluripotencialidad, la cantidad es menor y el estadio de diferenciación celular más avanzado, sin embargo son de fácil acceso y las limitaciones

⁶ Wilmut I, Bai Y, Taylor J. 2015 Somatic cell nuclear transfer: origins, the present position and future opportunities. *Phil. Trans. R. Soc. B* 370: 20140366. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2014.0366>.

éticas son menores y han permitido la mejoría del paciente en etapa crítica de algunas neoplasias como es el caso de las leucemias, enfermedades hematológicas y de algunos errores congénitos del metabolismo, si bien no es curativa.⁷

Sin embargo como menciona López Moratalla: "...la aplicación terapéutica se adelanta al conocimiento básico de los mecanismos implicados en los procesos de desarrollo embrionario, maduración, regeneración celular y tisular....las opciones para la obtención de muestras biológicas humanas tanto para su uso médico como de investigación, no son siempre neutras"; por otra parte aún se desconocen el mecanismo de envejecimiento de las células troncales, su capacidad de auto-renovarse, proliferar, diferenciarse y finalmente desarrollar sistemas que aseguren su incorporación al tejido afectado".

En ambos tipos de clonación, las implicaciones bioéticas a considerar son muy importantes cuando la fuente de las células madre es el embrión. A pesar de tener el mismo contenido cromosómico de una célula somática es diferente a esta por diversos motivos, como el hecho de que a partir de la fecundación se activa la división celular hasta lograr el desarrollo del ser humano, se inician cambios epigenéticos y se activan genes propios de la etapa embrionaria.⁸

⁷ López Moratalla N: Ética de la investigación en terapia regenerativa. Red de Revistas científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal. *Cuad. Bioét.* XIX, 2008/2º. 195-210. <http://www.redalyc.org/html/875/87506601/>

⁸ Huerta Zepeda A: Tiempo de pensar: el inicio de la vida humana ante la ciencia. En: Traslosheros J.E. *El debate por la vida*. Capítulo tercero: La condición humana del embrión, pag. 37-57. Editorial Porrúa, México, 2ª edición. 2008

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Javier Marcó Bach

Resumen

- Existen dos grupos de técnicas de reproducción asistida (TRA), las *in situ* o intracorpóreas donde la fecundación y el desarrollo del embrión es en el cuerpo de la mujer. Comprenden la Inseminación Artificial y la Transferencia Intratubárica de Gametos, que tienen menos problemas éticos respecto al segundo grupo. El otro tipo de técnicas son las *in vitro* o extracorpóreas, donde la fecundación y los primeros días de desarrollo del embrión tiene lugar en el laboratorio. Corresponden a la fecundación *in vitro* (FIV) y la Inyección intratubárica de Espermatozoides (ICSI), que son las más utilizadas, las que presentan mayores problemas éticos y en las que nos centraremos.
- La FIV y la ICSI presentan muchos problemas técnicos y riesgos. Entre ellos está que la paciente se somete a un fuerte tratamiento hormonal para conseguir una superovulación de 10 a 15 óvulos; que no hay selección de gametos, lo que aumenta la formación de embriones defectuosos respecto a un embarazo natural; se cultivan los embriones en el laboratorio en un medio no natural, lo que altera el desarrollo del embrión. Todo ello ocasiona

na que las TRA sean de bajo éxito (la media mundial es 20% de nacimientos por cada aspiración óvulos, lo que corresponde al 8% en cada transferencia de embriones), que más del 90% de los embriones formados en el laboratorio mueren, y los que sobreviven tienen más problemas de salud.

- El fin de las TRA es bueno, pero hay que considerar el aspecto ético del medio, ya que el fin no justifica el medio. Además de los aspectos positivos que se utilizan para justificar la FIV, existen 8 grandes problemas o aspectos negativos de la técnica, que se tienden a silenciar a los pacientes y son poco conocidos, pero que son necesarios conocer para valorar el aspecto ético del medio utilizado. Estos son:
 - La elevada mortandad de embriones que implica la técnica, más del 90% de los formados en el laboratorio y que son los verdaderos pacientes.
 - El destino de los embriones sobrantes, que se congelan, se destruyen o son utilizados para la investigación y la manipulación genética si no son reclamados por los padres y no siguen pagando para mantenerlos congelados.
 - La elevada cifra de embarazos múltiples que implica la técnica, lo que aumenta los riesgos para la madre e hijos.
 - No se informa al paciente de forma adecuada, con base en los riesgos y beneficios, siendo una información parcial y el consentimiento que se obtiene no es válidamente informado.
 - Es un medio de fabricación de seres humanos, que sustituye a la pareja, sin solucionarles su infertilidad y alterando el sistema natural de transmisión de la vida, con las implicaciones que conlleva de mercantilización.
- Se antepone el deseo de los padres biológicos, al derecho del hijo a ser concebido y desarrollado de una forma segura y digna.
- Los riesgos físicos para la madre y el hijo que implican, por lo que un embarazo de FIV o ICSI siempre se considera de alto riesgo, por la gran in-

cidencia de problemas que pueden presentar. Estas técnicas aumentan la probabilidad de malformaciones y enfermedades en los hijos, a pesar del control de calidad de tipo abortivo que se someten a los embriones, con el diagnóstico pre-implantatorio y prenatal, o la reducción embrionaria para la destrucción de embriones en caso de embarazo múltiple.

Tipos de técnicas de reproducción asistida (TRA)

Cada vez hay un mayor número de parejas con infertilidad. Para combatirlo existen nuevas alternativas, con mejores medios de diagnóstico y tratamientos más eficaces. En 1978 apareció la técnica de la fecundación in vitro (FIV), que es un nuevo camino que ha logrado más de 3 millones de niños nacidos. La última tecnología para tratar la infertilidad es la Naprotecnología o Tecnología de la Procreación Natural, creada en el 2004¹ y que se utiliza en muchos países, entre ellos en México, que tiene un índice de éxitos superior a la FIV y además no tiene sus problemas éticos y ni médicos.

Las TRA se pueden clasificar en dos grandes grupos. Están las técnicas in situ o intracorpóreas, donde la fecundación y el desarrollo del embrión tienen lugar dentro del cuerpo de la mujer, y no en el laboratorio. En este primer grupo están la inseminación artificial (IA), que consiste en depositar espermias en los órganos reproductores femeninos, y la transferencia intratubática de gametos (GIFT), que consiste en colocar espermatozoides y óvulos en una cánula, separados por una burbuja de aire, que se transfieren a la trompa de falopio femenina, donde tiene lugar la fecundación y la formación del cigoto en el ambiente natural. Este primer grupo de técnicas tienen menos problemas científicos y bioéticos respecto al segundo, ya que no se forman embriones en el laboratorio, con lo que se evitan los problemas éticos y los

¹ Hilgers TW. Medical and Surgical Practice NaProtechnology. Institute Press, Omaha, Nebraska, EU, 2004. p. 1245. "http://www.naprotechnology.com"

efectos secundarios que se originan por el cultivo y crecimiento del embrión en el laboratorio.

Las técnicas intracorpóreas tienen menos objeciones éticas cuando se realizan con algunos requisitos indispensables: no se busca substituir al acto conyugal, sino que aporta una ayuda terapéutica para lograrlo; que sea de tipo homóloga, es decir, con gametos de los cónyuges; y que las técnicas de obtención del semen sean éticas, pudiendo realizarse con un preservativo perforado en el acto conyugal, que retiene parte del semen para la inseminación, de forma que existe un acto unitivo.²

El segundo grupo son las técnicas *in vitro* o extracorpóreas, donde la fecundación y los primeros días del desarrollo del embrión tiene lugar en el laboratorio (*in vitro*). En este grupo están la fecundación *in vitro* (FIV) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), que son las técnicas más utilizadas con mucha diferencia^{3, 4} y las que presentan mayores problemas científicos y bioéticos, por lo que nos centraremos en estas técnicas. La FIV consiste en obtener con una aguja de 10 a 15 óvulos de una mujer que ha sido sometida a hiperestimulación ovárica con hormonas, que en el laboratorio son fecundados con espermias. Los cigotos obtenidos son incubados en el laboratorio durante 3 a 5 días, para transferir de 1 a 3 embriones al útero de la mujer para intentar que alguno se implante. El resto se congelan, para ser transferidos posteriormente en sucesivos intentos si el embarazo no se consigue. La ICSI se utiliza en casos de infertilidad del varón debido a la escasa producción de espermatozoides viables. Es muy parecida a la FIV en cuanto la obtención de gametos y la transferencia de embriones, pero se diferencia en

² Sgreccia, E. Bioética y Tecnologías de fecundación humana. En: *Manual de Bioética* (1ª ed), Editorial Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 2009, cap. 11, tabla I.

³ European IVF-Monitoring Consortium (EIM); European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Kupka MS, D'Hooghe T, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, Castilla JA, Calhaz-Jorge C, De Geyter Ch, Goossens V. Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod.* 2016; 31(2): 233-48.

⁴ Dyer S, Chambers GM, de Mouzon J, Nygren KG, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Banker M, Adamson GD. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: Assisted Reproductive Technology 2008, 2009 and 2010. *Hum Reprod.* 2016; 31(7):1588-609.

la fecundación, que se realiza inyectando un espermatozoide con una aguja directamente al interior del óvulo, para obtener el cigoto. La ICSI tiene los mismos problemas éticos que la FIV, pero se añade que se fuerza a procrear a un varón con infertilidad, a veces debido a causas genéticas, con lo que esos problemas se pueden transmitir al hijo.

Etapas de la fecundación in vitro (fiv) y problemas científicos que presenta

La FIV es la TRA predominante, por lo que nos centraremos en los problemas científicos y éticos que presenta. Los problemas científicos de cada una de las etapas de la técnica son:

1. El tratamiento hormonal para producir una superovulación

Se inicia con una hiperestimulación ovárica mediante la administración de niveles altos de hormonas, para que, en vez de que se produzcan uno o dos óvulos como ocurre en un ciclo normal, se desarrollen el mayor número posible en el ciclo, generalmente de 10 a 15 de óvulos. El problema de esta etapa es que puede producirse una deficiente maduración de los óvulos y un aumento de alteraciones cromosómicas, como consecuencia del intenso tratamiento hormonal. Ello conlleva una reducción de la tasa de fecundación y de implantación de embriones de la FIV en el útero. Además, los que logran implantarse presentan más alteraciones durante el desarrollo embrionario, respecto a los embriones formados con óvulos madurados de forma natural.

2. La obtención de óvulos por aspiración

Los principales problemas de la aspiración con una aguja es que puede afectar al óvulo, alterando su capacidad de fecundación o de división. Por otra parte, si se aspira en exceso las células de la granulosa que rodean al óvulo se pro-

ducirán cuerpos lúteos insuficientes, lo que dificultará o impedirá la implantación y el desarrollo del embarazo.

3. La obtención y capacitación de los espermatozoides

Se suelen obtener por masturbación, con lo que se desliga del acto conyugal. La preparación y capacitación de los espermatozoides no tiene problemas.

4. La fecundación in vitro

Se añaden unos 100 mil espermatozoides por óvulo, pero no siempre los óvulos logran fecundarse, ya que pueden estar dañados. El gran problema de esta fase es la falta de selección de los gametos, lo que aumenta la tasa de embriones con anomalías. En el proceso natural se liberan más de 200 millones de espermatozoides en la eyaculación, y sólo uno, el más perfecto y capaz penetrará el óvulo. Pero en la FIV no se puede realizar esta selección. Lo mismo ocurre con los óvulos, ya que en cada ciclo se desarrollan unos 12 folículos y sólo uno ovula, el más perfecto. Sin embargo, este mecanismo de selección no es posible en la FIV, lo que implica que los embriones generados in vitro tengan una mayor proporción de anomalías genéticas, problemas en el desarrollo, con mayores riesgos para el feto y una menor viabilidad respecto a los embriones generados naturalmente. Esto es especialmente problemático en la ICSI, donde se inyecta al óvulo un espermatozoide de un varón con deficiente capacidad fecundante, a veces debido a alteraciones genéticas, de forma que los hijos varones obtenidos pueden heredar la infertilidad paterna y sufrir alteraciones en su desarrollo.⁵

5. El desarrollo in vitro del embrión

Se desarrollan in vitro durante 3 a 6 días en una cámara de cultivo, antes de

⁵ López Moratalla N, Iraburu MJ. Los primeros quince días de una vida humana. EUNSA (2ª ed), 2006.

ser transferirlos al útero. No todos logran dividirse, y muchos presentan más anomalías que los generados naturalmente. Ello se debe a la falta de selección de los gametos y al cultivo in vitro de los embriones en un medio no natural, que ocasiona deficiencias en la expresión de los genes y afecta negativamente al desarrollo de los embriones, con incremento de alteraciones. Se calcula que alrededor del 50% de los embriones formados in vitro no llegan a desarrollar hasta blastocisto y mueren.

Para reducir este problema se suele realizar un diagnóstico pre-implantatorio, con selección de embriones, eliminando los que parecen estar deteriorados. Por otra parte se busca reducir el tiempo de cultivo, de forma que si a los 3 días parecen sanos se transfieren al útero, si no hay dudas se espera a los 5 o 6 días. Se suelen transferir los 2 o 3 mejores embriones, mientras que los restantes se congelan para posteriores intentos. Sin embargo, los embriones congelados tienen un 20% menos probabilidad de implantarse,⁶ y producen niños con mayor tasa de malformaciones respecto a cuando se utilizan embriones frescos.^{7, 8}

6. La transferencia de embriones al útero

Es la fase de mayor porcentaje de fracasos, ya que la tasa de implantación es muy baja, alrededor del 10%, debido a placentaciones anormales y los problemas que tienen los embriones. Para aumentar la probabilidad de embarazo, se suelen transferir 2 o 3 simultáneamente, y a veces de más, aunque con ello aumenta mucho la probabilidad de embarazos múltiples y los problemas derivados. Las causas de la baja tasa de implantación pueden ser las alteraciones del embrión por la deficiente maduración de los óvulos con el tratamiento

⁶ Jones HW Jr, Oehninger S, Bocca S, Stadtmauer L, Mayer J. Reproductive efficiency of human oocytes fertilized in vitro. *Facts Views Vis Obgyn*. 2010; 2(3): 169-71.

⁷ Belva F, Henriët S, Van den Abbeel E, Camus M, Devroey P, Van der Elst J, Liebaers I, Haentjens P, Bonduelle M. Neonatal outcome of 937 children born after transfer of cryopreserved embryos obtained by ICSI and IVF and comparison with outcome data of fresh ICSI and IVF cycles. *Hum Reprod*. 2008; (10):2227-38.

⁸ Kopeika J, Thornhill A, Khalaf Y. The effect of cryopreservation on the genome of gametes and embryos: principles of cryobiology and critical appraisal of the evidence. *Human Reproduction Update* 2015; 21 (2): 209–27.

hormonal, por la falta de selección de gametos, por el cultivo in vitro del embrión en un medio no natural, o por cuerpos lúteos insuficientes debido a una excesiva aspiración de la granulosa durante la aspiración del óvulo. También puede deberse a la congelación previa del embrión, los endometrios no bien preparados para la implantación ya que muchas veces la hiperestimulación ovárica es un factor negativo para la receptividad endometrial. También influye un exceso de estrógenos durante la fase folicular, o por una hiperprolactinemia que puede producirse por la ansiedad de la paciente o por la anestesia. Por último, la misma infertilidad de los progenitores puede causar problemas en el desarrollo del embrión.

7. El desarrollo del embarazo

Durante el primer y segundo trimestre hay una elevada tasa de abortos espontáneos respecto a los embarazos naturales, siendo en embarazos únicos del 20 al 34% mayor al embarazo natural,⁹ lo que se atribuye a las manipulaciones que sufren los gametos y los embriones durante el proceso, la falta de selección natural, y a la elevada edad de las madres que se someten a esta técnica.

Durante el embarazo se realizan diagnósticos prenatales, y si se observa alguna probabilidad de malformación, la práctica habitual es provocar un aborto para evitar el desprestigio de la técnica y las demandas judiciales, ya que es una técnica que produce malformaciones y además hay una manipulación humana directa que puede ser la causa de la malformación. Por otra parte, si se han implantado varios embriones se suele realizar una reducción embrionaria, lo que es un eufemismo, ya que consiste en seleccionar el embrión que parece mejor, mientras que el resto se destruyen, para reducir el riesgo que implica un embarazo múltiple.

⁹ Wang JX, Norman RJ, Wilcox AJ. Incidence of spontaneous abortion among pregnancies produced by assisted reproductive technology. *Hum.Reprod.* 2004; 19(2):272-7

Existe por lo tanto un control de calidad en la producción de niños, con la selección pre-implantatoria de embriones o con abortos provocados en caso de indicio de malformación o por exceso de embriones implantados. Alrededor del 50% de las mujeres en la FIV requieren cesárea para el parto, alrededor del 46% con embarazo único y del 72% de los casos con embarazo múltiple, lo que incrementa el riesgo en la madre.

Situación actual de la fecundación in vitro (FIV)

Para conocer cómo está la FIV, los datos más recientes son los publicados en el 2016 por el Comité Internacional de Monitoreo de las Técnicas de Reproducción Asistida (CIMTRA), con las cifras aportadas por las clínicas que envían su información, que suelen ser de las mejores, cerca de 2,473 de 60 países, y que corresponden a los años 2010 al 2008. Los últimos datos:

1. Probabilidad de nacimientos con la FIV (% de éxitos)

La tasa de nacimientos por aspiración de óvulos a nivel mundial fue 20% en el 2010, 19.7% en 2009, y 19.8% en 2008, aunque estos valores varían según los países. Teniendo en cuenta que la media de embriones que se transfieren al útero en cada intento fue 2.1 en 2008, 2.0 en 2009 y 1.9 en 2010, con los 10 a 15 óvulos aspirados cada vez, se pueden realizar de 5 a 7 transferencias de embriones. En consecuencia, si la tasa media de nacimientos por aspiración es 20%, la probabilidad de un nacimiento en cada transferencia con 2 o 3 embriones es muy baja, menor al 8% en cada intento. La probabilidad aumenta transfiriendo más embriones simultáneamente, pero entonces se incrementa mucho la probabilidad de partos múltiples, que tiene más riesgos para la madre y los hijos.

En el 2010 por países, la tasa de embarazos por aspiración, de embriones transferidos en cada intento, de nacimientos por aspiración con embriones

frescos, de nacimientos por aspiración son respectivamente: en México 34.9%, 2.51 y 28.4%. En los EU 42.5%, 2.55 y 30.5%. La media Europea es 29.6%, 1.93 y 20.6%. La media de todos los países es 27.0%, 1.95 y 21.5%. Con los últimos datos publicados en 2016 por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), de 1,064 clínicas de 33 países europeos, la media de embarazo clínico por aspiración es 29.1% en la FIV. Se refiere a embarazos y no a nacimientos. Con la edad de la paciente varía la tasa de embarazos, siendo con datos de los EU respectivamente en mujeres menores de 35 años el 38.9%, de 35 y 37 años el 32.9%, de 38 a 40 años el 24.3%, y en mujeres mayores de 40 años el 11.1%.¹⁰

2. Probabilidad de tener un hijo con la FIV

La media mundial es 24.3% de las parejas, repitiendo las transferencias de embriones entre 3 y 7 veces, de forma que más del 75% de parejas no logra tener el hijo. Sin embargo, la probabilidad aumenta con el número de transferencias y de aspiración de embriones. En las mejores clínicas, la probabilidad de obtener un hijo con los 10 a 15 embriones de la primera aspiración es el 21% de las parejas, con una 2ª aspiración aumenta al 35% (utilizando entre 20 a 30 embriones), y con la 3ª aspiración es el 41%.¹¹ La probabilidad disminuye con la edad de la paciente. Así, en la clínica Bourn Hall de Cambridge que fundó Robert Edwards, pionero de la FIV en humanos, la probabilidad de obtener un hijo con una media de 5 transferencias es 45% con pacientes menores de 35 años, 18.9% con 35 a 39 años, y 14.4% con ≥ 40 años.¹²

Aspectos positivos con los que se suele justificar la FIV

¹⁰ Society for Assisted Reproductive Technology, American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 2001 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology registry. *Fertil. Steril.* 2007; 87(6):1253-66.

¹¹ Soullier N, Bouyer J, Pouly JL, Guibert J, de la Rochebrochard E. Estimating the success of an in vitro fertilization programme using multiple imputation. *Hum. Reprod.* 2008; 23 (1):187-92.

¹² Brinsden PR, Brinsden PR. Thirty years of IVF: the legacy of Patrick Steptoe and Robert Edwards. *Hum Fertil (Camb)* 2009; 12(3):137-43.

Como toda técnica médica, el fin de la FIV es bueno, ya que se trata de ayudar al paciente con infertilidad. Sin embargo, no puede justificarse una técnica sólo por su fin, sin considerar el aspecto ético del medio utilizado. El fin no justifica los medios. Pero a veces se pretende justificar la FIV sólo por su fin, enmascarando el aspecto ético del medio. Para determinar si el medio utilizado en la FIV es éticamente correcto, se van a considerar los aspectos positivos que se suelen presentar para justificarla técnica, que son muy conocidos, pero además se verán los aspectos problemáticos o negativos de la técnica. Estos últimos se tienden a silenciar y son menos conocidos, pero son necesarios conocerlos para poder determinar si el medio es éticamente adecuado o inadecuado. Entre los aspectos positivos que se suelen presentar para la justificación de la FIV están:

1. La posibilidad de obtener el hijo tan deseado

Pero hay que considerar que la FIV es una técnica de baja probabilidad de éxito, y que realmente no es verdadero tratamiento de la infertilidad, ya que la pareja seguirá siendo infértil, aunque consiga un hijo en el laboratorio. Por otra parte, está el elevado costo de la técnica por cada intento, entre 100 y 150 mil pesos, lo que es accesible sólo a un pequeño porcentaje de la población. La FIV inicialmente era para casos límites, como la endometriosis, la hostilidad cervical o la falta de trompas de falopio. Pero actualmente se han multiplicado las indicaciones y muchas veces se utiliza para pacientes con hipofertilidad, de forma que en vez de investigar a fondo la causa del problema y ser tratarla, se recurre a esta técnica sustitutiva. Jacques Testart, primero que realizó la FIV en terneras y responsable del primer nacimiento por FIV en Francia, en el libro que publicó al dejar de trabajar en esta técnica por los problemas científicos y éticos que implica la FIV, afirma que 4 de cada 5 pacientes de FIV

son hipofértiles y que podrían conseguir un hijo por otros medios más éticos.¹³

2. A veces se afirma que la eficacia de la FIV es semejante al embarazo natural

Con los datos actuales eso no es cierto, ya que es una técnica de bajo índice de éxitos, con una probabilidad de 8% de tener un hijo en cada transferencia de dos o tres embriones. Por acuerdo internacional, los éxitos se expresan como porcentaje de nacimientos por aspiración de óvulos (de 10 a 15), siendo la media mundial de éxito el 20%. Pero a veces se dan valores superiores sin explicar a que se refieren o utilizando cocientes distintos. Por ejemplo, si lo expresan como embarazos por aspiración el índice será mayor, al utilizar en el numerador un valor superior, ya que muchos embarazos acaban en abortos espontáneos o provocados. Otras veces cambian el denominador y utilizan pacientes transferidas, que son menos que las aspiradas al no lograrse obtener óvulos o no son viables, con lo que la cifra de éxitos sale mayor. Otras veces incluyen en el numerador los embarazos obtenidos por medios naturales después de la superovulación, o los fetos prematuros inviábiles o muertos, lo que supone un abuso ético y científico.

3. Permite un diagnóstico pre-implantatorio de los embriones y eliminar a los que tienen problemas

Se realizan diagnósticos morfológicos, a veces también citogenéticos y bioquímicos de los embriones antes de transferirlos al útero, para utilizar sólo los mejores y así aumentar la efectividad de la técnica. Sin embargo, la FIV es una técnica que tiende a producir alteraciones de los embriones, por la falta de selección de gametos, el cultivo in vitro en un medio no natural, etc. En un meta-análisis realizado con los resultados de 44 publicaciones, se concluye

¹³ Testard J. En: El embrión transparente. Colección plural. Ciencia Abierta. Ediciones Granica, Barcelona, 1988.

que el riesgo de malformaciones mayores en los hijos de FIV y de ICSI es un 30% mayor respecto a los hijos concebidos naturalmente.¹⁴ Esto ocurre a pesar de ser sometidos a un control de calidad con el diagnóstico pre-implantatorio y prenatal.

4. Permitirá la mejora de raza humana

La FIV garantizarán hijos sin taras genéticas, con un fin altruista de tipo eugenésico. Además en el futuro se podrán corregir las anomalías genéticas de los embriones con la terapia génica. Pero la FIV es una técnica que induce alteraciones genéticas, lo cual es contradictorio.

Ocho grandes problemas de la fecundación in vitro (FIV)

Los aspectos negativos de la FIV se tienden a silenciar y son menos conocidos, por lo que vamos a considerarlos con detenimiento. Siendo el fin de la FIV correcto por ayudar al paciente con infertilidad, hay que determinar también si el medio es éticamente adecuado o inadecuado, ya que el fin no justifica los medios. Un acto es éticamente bueno si el fin, los medios y las circunstancias son correctos o neutros, pero si uno de ellos es incorrecto, ese acto es éticamente inadecuado. Los aspectos negativos que hay que considerar para valorar el medio son:

1. La elevada mortandad de embriones que implica la técnica

Es natural participar de la alegría ante el nacimiento de un niño, sea por FIV o por embarazo natural. Pero no se puede olvidar que los niños de FIV son los vencedores de un proceso en el que mueren varios hermanos por las deficiencias de la técnica. Los datos indican que mueren más del 90% de los embriones

¹⁴ Rimm AA, Katayama AC, Diaz M, Katayama KP. Meta-analysis of controlled studies comparing major malformation rates in IVF and ICSI infants with naturally conceived children. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2004; 21 (12): 437-43.

formados en la FIV,¹⁵ de forma que para lograr el nacimiento de un niño se deben sacrificar entre 9 y 10 hermanitos, lo cual es una cifra suficientemente trágica como para hacer reflexionar. Así, con los datos de 11 años y 59,940 óvulos, el porcentaje de nacidos de los óvulos obtenidos es el 4.8%, y en pacientes de más de 40 años es sólo el 1.6%. Si sólo se consideran los embriones frescos trasferidos, el porcentaje de nacimiento es 9.2%, ya que no todos los embriones se transfieren. Y si se utilizan embriones congelados, el porcentaje de mortandad es un 20% mayor, ya que después de descongelarse sólo llegan a nacer el 7.4% de los embriones transferidos. En otros trabajos se obtienen valores de mortandad semejante e incluso mayores, que varían con la edad y las características de la paciente.¹⁶

No se puede justificar el crear seres humanos en el laboratorio con tan poca probabilidad de supervivencia. Supone una explotación de la vida humana, sacrificando a muchos para poder obtener una vida útil y satisfacer un deseo, cuando existen otros medios para tener un hijo y no hay una necesidad vital. Si una nueva técnica quirúrgica implicase el 90% de mortandad de pacientes no sería permitida, especialmente si no es una urgencia vital y hay otras técnicas con mejor pronóstico. En la FIV el paciente es el feto, y con esta técnica mueren más del 90% de los pacientes, sin ser una urgencia vital y existiendo otras técnicas más efectivas, con menos riesgos y más éticas, como la Naprotecnología.

A veces se pretende justificar la elevada mortandad de embriones de la FIV, diciendo que también mueren algunos en el proceso natural, dando lugar a abortos espontáneos. Pero la selección espontánea de la naturaleza no es equiparable a un acto humano libre y voluntario que pone en riesgo conocido la vida de un ser humano, al utilizar una técnica que tiene deficiencias

¹⁵ Inge GB, Brinsden PR, Elder KT. Oocyte number per live birth in IVF: were Steptoe and Edwards less wasteful? *Hum Reprod.* 2005; 20(3):588-92.

¹⁶ Patrizio P, Bianchi V, Lalioti M, Gerasimova T, Sakkas D. High rate of biological loss in assisted reproduction: it is in the seed, not in the soil. *Reprod Biomed Online.* 2007; 14:92-5.

y produce una mortandad de más del 90% de los embriones. El que mueran embriones en el proceso natural no justifica ni faculta el realizarlo técnicamente, ya que las muertes de la FIV son responsabilidad humana y no del azar de la naturaleza, al ser muertes voluntariamente aceptadas o toleradas. No es lo mismo que existan muertes por una catástrofe natural, que realizar una acción que se sabe que tendrá ese efecto. El producirlo voluntariamente no tiene nunca justificación, y en la FIV se producen embriones que se sabe que más del 90% morirán por los defectos de la técnica.

2. El destino de los embriones sobrantes

Un gran problema de la FIV es la acumulación de cientos de miles de embriones sobrantes congelados, lo cual para países civilizados es una vergüenza. Algunos calculan que a nivel mundial hay unos 10 millones de embriones congelados, con problemas de espacio para su almacenamiento. El destino de los sobrantes puede ser:

- a. La criopreservación: permite que si falla la transferencia de embriones, se descongelen otros para una nueva transferencia a sus padres. También se pueden donar a otras parejas, aunque generalmente quieren embriones propios, pero a veces se realiza sin el conocimiento de los padres donantes y los receptores, especialmente cuando estos son mayores. La congelación es una ofensa a la dignidad del ser humano, pero además, se expone a los embriones a un grave riesgo de muerte o daño en su integridad, ya que al ser descongelados algunos tienen que ser desechados por las alteraciones. Se ha observado que la congelación de embriones reduce un 20% la probabilidad de implantación respecto a los embriones fresco, y los niños nacen con una mayor tasa de malformaciones.
- b. La destrucción o la utilización para la investigación: las primeras legisla-

ciones fueron en Inglaterra y España, que inicialmente permitían la crioconsecuación de embriones sólo hasta 5 años y luego había que destruirlos. Ello planteó un difícil dilema ético a los responsables, sabiendo que son vidas humanas, por lo que se decidió ampliar el plazo o dar la posibilidad de destinarlos para la investigación.

3. La utilización de embriones para la experimentación

La FIV permite utilizar embriones sobrantes destinados para la investigación y la manipulación genética. En la mayoría de las legislaciones, los embriones sobrantes quedan a disposición del laboratorio a partir de los dos años de la crioconservación si los padres no los reclaman y no pagan por mantenerlos congelados. Se ha denunciado por científicos que el objetivo básico de muchos programas de FIV es la experimentación con embriones humanos, siendo la curación de la esterilidad un pretexto o una forma de conseguir embriones humanos sin problemas jurídicos. Según datos del Reino Unido, en el período de agosto de 1991 a marzo de 1998 se crearon en ese país 118 embriones directamente para la investigación.¹⁷ Por más aséptico y altruista que suene el término, no deja de ser un usufructo de la vida de ese ser humano. Incluso en el caso de que su sacrificio vital llegue a redundar en un nuevo conocimiento, no será él quien se pueda beneficiar del mismo. La vida o muerte de esos embriones humanos depende de la voluntad de otro, lo que es incompatible con la dignidad del ser humano y el respeto a la vida.

El ser humano nunca puede ser tratado como un medio, ya que es el único ser que vale por sí mismo y no pertenece a la categoría de bienes útiles o instrumentales. Bajo ningún pretexto los embriones humanos pueden ser objetos de experimentación para ser mutilados o destruidos, y menos el produ-

¹⁷ Department of Health of UK Government. Report from the Chief Medical Officer's Expert Group of "Stem cell research: medical progress with responsibility. Londres, 2000.

cir embriones humanos destinados a ser explotados como material biológico para la investigación. Nadie puede dudar que la ciencia y la técnica es para el hombre, y no el hombre para la ciencia y la técnica. El progreso de la ciencia no justifica que la vida humana sea tratada como un medio de investigación. La ciencia sin límites se puede volver contra la humanidad o la naturaleza por su utilización abusiva.

4. La elevada probabilidad de embarazos múltiples

Al transferirse varios embriones en cada intento se incrementa el índice de éxitos, pero también el porcentaje de partos múltiples, con aumento de problemas en los niños y en las madres. En los últimos años está disminuyendo el número de embriones transferidos a fin de reducir los riesgos, con lo han bajado un poco los embarazos múltiples, pero siguen siendo muy superiores respecto a los embarazos naturales, que es alrededor del 1%. Con los últimos datos del 2016, la media mundial de embarazos múltiples en el 2008 fue 23.1%, en el 2009 fue 21.5%, y en el 2010 fue 21.5%. Según el país varía el porcentaje de partos únicos, de gemelos, de ≥ 3 niños, y el número medio de embriones que se transfieren en cada procedimiento. Los valores respectivos en México son 71.6%, 25.7%, 2.7%, con un n° medio de embriones de 2.51. En los EU son 69.5%, 29%, 1.5%, con un n° medio de embriones de 2.31. En Europa son 79.4%, 19.6%, 1.0%, con un n° medio de embriones de 1.93. Los valores medios mundiales son 78.5%, 20.4%, 1.1%, con un n° medio de embriones de 1.95.

5. No se suele informar al paciente de los problemas de la técnica.

Aunque existen excepciones, en muchos centros de FIV se vende esta técnica como una solución relativamente fácil, pero la información que se da a los pacientes suele ser muy incompleta y no se habla de los aspectos éticos del medio utilizado. No se suele informar del índice real de éxitos, ni la mortandad

de embriones que supone la técnica, ni el control de calidad pre-implantatorio y prenatal de tipo abortivo a que se someten los embriones, ni el uso que se destina a los embriones sobrantes, ni los problemas y los riesgos físicos y psíquicos de esta técnica, con los efectos secundarios que se pueden producir en el hijo y en la madre. Se tiende a sobrevalorar lo favorable y silenciar lo desfavorable, selecciona datos y ampliación del índice de éxitos. Hay personas que les dicen que la probabilidad de éxito es el 99%, 97%, 80%, aunque también hay algunas clínicas que les refieren los datos correctos. En un libro de la escuela de negocios de Harvard se explica muy bien los aspectos abusivos de muchos de estos centros, que no dudan en falsear los datos con tal de convencer a los clientes.¹⁸ Por lo tanto, muchos centros no informan adecuadamente al paciente, ni les explican la técnica con base en los riesgos y beneficios, como indica el Código de Conducta para el Personal de Salud. En consecuencia, el paciente da un consentimiento que es parcial, cuando la ley General de Salud exige que debe ser válidamente informado (LGS art.77 bis 37IX).

6. Altera el sistema natural de la transmisión de la vida y lo convierte en un sistema de producción

La finalidad del acto conyugal es unir totalmente a la pareja -en sus dimensiones física, emocional y espiritual-, y permitir que exista la posibilidad de que “la naturaleza creadora” pueda formar a una persona. Es un acto acorde con la persona humana. Sin embargo, la finalidad del acto técnico de la FIV es tener un hijo a toda costa. El hijo ya no es fruto de la unión de los esposos como expresión del amor humano, sino de un acto de la técnica y un sistema de producción de seres humanos. Para ello intervienen un conjunto de técnicos capacitados, que obtienen los gametos, manipulan los embriones, los seleccionan, los trasplantan al útero, los sobrantes se congelan, los donan, y los

¹⁸ Spar D. The baby business: How money, science and politics drive the commerce o conception. Harvard Business School Pub, Boston, EU, 2006.

someten a un control de calidad de tipo abortivo, como si fueran un producto fabricado. Todo ello amenaza el respeto a la vida temprana, en donde se pueden producir todo tipo de abusos, y altera la dignidad de la transmisión de la vida en su relación materno-filial.

Los animales se pueden manipular al servicio del hombre, pero no un ser humano no puede ser “fabricado” por otro hombre en un acto técnico, ya que es contrario a la dignidad de la vida humana. Es evidente que ninguna persona debe proceder de la fabricación por otra, ni siquiera en las técnicas más sofisticadas de reproducción asistida, de manipulación genética o de clonación. La generación de embriones en la FIV es un sistema de producción, contrario a la dignidad humana.

El límite ético de las TRA debe ser manipular para ayudar a la unión fecunda de la pareja, superando los obstáculos que impiden la fertilidad. Pero no es ético el sustituir a la pareja, produciendo embriones en el laboratorio, como es el caso de la FIV o la ICSI. La ciencia debe seguir investigando medios eficaces, de bajo riesgo y respetuosos de la dignidad humana, para ayudar a quienes sufren el problema de infertilidad, ya que el sufrimiento de los esposos debe ser comprendido y valorado adecuadamente. Sin embargo, la bioética permite reflexionar sobre los límites en los que debe circunscribirse esa acción, que excluye la sustitución del acto procreador. El médico está al servicio de la persona y la procreación humana, y no le corresponde el disponer sobre ellas. La intervención médica no puede sustituir técnicamente al acto conyugal, para obtener una procreación que no es ni su resultado, ni su fruto en este caso, ni está al servicio de la unión conyugal, sino que se apropia de la función procreadora, contradiciendo la dignidad y los derechos inalienables de los esposos y de la persona que ha de nacer.¹⁹

¹⁹ Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética, Mayo de 2002.

7. El hijo es un anhelo o don, pero no un derecho.

Una pregunta que hay que responder es si el hijo es un don o un derecho. Si es un derecho, podemos realizar cualquier acto para tener un hijo. Si es un derecho natural, como ningún Estado puede otorgar o quitar un derecho natural de las personas, entonces tal derecho ha existido en la historia de la humanidad y seguirá existiendo. En consecuencia, en una hipótesis por absurdo, se podría afirmar que si realmente tener hijos fuese un derecho natural, antes de que existieran las TRA podría haber sido lícito el comprar un hijo. En cambio, si se parte de que el hijo es un don, se reconoce que dicho don, por más que se desee, puede no ser otorgado.

En la FIV se antepone el deseo de ser padres biológicos, al derecho del hijo a ser procreado y desarrollado de una forma segura y de un modo digno. Es decir, de acuerdo a su naturaleza de persona humana, con unos padres conocidos, y a ser formado en una familia. Estas técnicas se desentienden de los derechos del hijo, sin tener en cuenta las repercusiones que pueden tener en el hijo. No existe una necesidad vital de procrear, y nadie tiene un derecho absoluto e incondicionado a tener un hijo, ya que ninguna persona es debida a otra, como si fuese un bien instrumental. Por lo tanto, no existe un derecho humano a un hijo, ya que de otra forma los hijos se podrían comprar. Tampoco existe el derecho a transmitir la vida por cualquier medio y a cualquier precio, ya que estos derechos serían contrarios a la dignidad del hijo, tratándolo como un objeto de propiedad, en vez de como un sujeto personal de derechos.

El legítimo deseo de tener un hijo debe de ir acompañado de la responsabilidad para buscar las mejores condiciones para su concepción y su desarrollo como persona. Para ello, se debe reconocer que el hijo es un don y no un derecho. Que el hijo posee en sí mismo una dignidad inalienable, sólo por el hecho de ser persona humana. Y que la finalidad de la paternidad es otorgar

al niño las posibilidades para que sea capaz de alcanzar su finalidad última, es decir, su autorrealización, aunque el hijo, con su libre albedrío, decidirá cómo aprovechar esas posibilidades. Justamente estas posibilidades comienzan con su procreación, en donde el ejercicio de la libertad humana es puesto al servicio del amor por donación mutua, completa, personalísima e insustituible. Posteriormente, el resto de las decisiones que los progenitores tomen, continúan en esta línea de búsqueda amorosa y responsable de las mejores condiciones para el desarrollo del hijo como persona en todos los niveles.

8. Riesgos físicos de la FIV para la madre y sobre todo para el hijo.

Un embarazo por FIV o de ICSI se considera siempre de alto riesgo, por la gran incidencia de problemas que pueden presentarse en la madre y en el hijo. Estas técnicas están cada vez más cuestionada científica y éticamente por el bajo índice de éxitos, la alta mortandad de embriones, el elevado número de problemas y de malformaciones que presentan los hijos. Esto ocurre, a pesar de que los embriones son sometidos a un control de calidad con los diagnósticos pre-implantatorio y prenatal, de forma que ante la sospecha de un problema son desechados o se provoca un aborto. Estos riesgos se describen en el siguiente apartado de efectos secundarios.

Efectos secundarios de la FIV y la ICSI en el hijo y en la madre

Sobre los riesgos de la FIV y la ICSI para la madre y el hijo existen muchísimos trabajos, pero nos limitaremos a distintos meta-análisis publicados entre el 2002 y 2016, realizados cada uno con los datos de trabajos bien controlados y que incluyen un número alto de pacientes. En estos meta-análisis se comparan los efectos adversos en el hijo y la madre por la FIV o FIV/ICSI combinados, respecto al control de madres fértiles o subfértiles que han concebido espontá-

neamente, sin utilización de TRA. Los resultados han sido ajustados con base en la edad de la madre y a menudo a otros factores (sexo, medicación durante el embarazo, nivel educacional de la madre, ser bebedor o fumador). La gran mayoría de los meta-análisis obtienen un incremento significativo del riesgo para las madres y los hijos cuando se conciben con la FIV y/o ICSI respecto a las madres que conciben espontáneamente. Se van a describir principalmente los efectos adversos en los embarazos únicos, para no introducir el factor del embarazo múltiple, que incrementa todavía más el riesgo, a pesar de que con estas técnicas aumentan mucho los embarazos múltiples. Los principales riesgos físicos son los siguientes:

1. Riesgos físicos para el hijo

a. Efectos perinatales adversos: en embarazos únicos con FIV o FIV/ICSI combinados respecto a las concepciones naturales se observa²⁰ un aumento significativo del 61% del riesgo de nacimiento con bajo peso, del 112% con extremadamente bajo peso, del 35% de ser pequeños para su edad gestacional, del 71% de parto prematuro, y del 112% de parto muy prematuro. En otros meta-análisis se han obtenido valores semejantes.^{21, 22, 23, 24, 25} También se ha descrito un incremento del riesgo de ruptura prematura de membranas y de inducción prematura del parto. El riesgo de prematuridad y los problemas de la técnica, implican un aumento de niños que tienen que ser ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales, con mayor tiempo de hospitaliza-

²⁰ Qin J, Liu X, Sheng X, Wang H, Gao S. Assisted reproductive technology and the risk of pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in singleton pregnancies: a meta-analysis of cohort studies. *Fertil Steril*. 2016; 105(1):73-85.

²¹ Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S, Maheshwari A. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2012; 18(5): 485-503.

²² McDonald SD, Han Z, Mulla S, Murphy KE, Beyene J, Ohlsson A; Knowledge Synthesis Group. Preterm birth and low birth weight among in vitro fertilization singletons: a systematic review and meta-analyses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 146(2):138-48.

²³ McDonald SD, Murphy K, Beyene J, Ohlsson A. Perinatal outcomes of singleton pregnancies achieved by in vitro fertilization: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2005a; 27:449-59.

²⁴ Helmerhorst FM, Perquin DAM, Donker D, Keirse M. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. *BMJ* 2004; 328(7434):261.

²⁵ Jackson RA, Gibson KA, WuYW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2004; 103(3):551-63.

ción y costo del cuidado de los niños de FIV. También los niños únicos nacidos con FIV presentan un incremento significativo de la frecuencia de ingreso en el hospital respecto a los concebidos naturalmente, están más días ingresados y el costo es 2.6 veces mayor respecto a los concebido naturalmente.²⁶

En los meta-análisis realizados con embarazos gemelares, la FIV también incrementa el riesgo de estos efectos adversos.^{27, 28} Al aumentar los problemas y los nacimientos prematuros, se produce hasta un 25% más en la necesidad de soporte respiratorio en neonatos, con ventilación mecánica hasta el 15% de los nacidos, pasando en promedio el 25% de gemelos unos 18 días en UCI neonatal, y el 75% de trillizos hasta 30 días.²⁹

- b. Mortandad perinatal: la probabilidad de nacimiento de un niño muerto o que muera entre 0 y 7 días después del parto de un niño único en la FIV aumenta un 64% respecto a los concebidos naturalmente, y los valores son semejantes en otros meta-análisis. En los embarazos múltiples se incrementa todavía más la mortandad neonatal, siendo en la población normal sólo del 0.47%,³⁰ mientras que en embarazos múltiples con FIV es hasta un 10%.
- c. Malformaciones congénitas: la posibilidad de alteraciones congénitas en niños de FIV con embarazos únicos aumenta un 29%, respecto al embarazo natural.³¹ En otro meta-análisis se obtiene un incremento del 36%, pero

²⁶ Koivurova S, Hartikainen AL, Gissler M, Hemminki E, Järvelin MR. Post-neonatal hospitalization and health care costs among IVF children: a 7-year follow-up study. *Hum. Reprod* 2007; 22 (8): 2136-41.

²⁷ Qin J, Wang H, Sheng X, Liang D, Tan H, Xia J. Pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in multiple pregnancies resulting from assisted reproductive technology: a meta-analysis of cohort studies. *Fertil Steril*. 2015;103(6):1492-508.

²⁸ Rossi AC, D'Addario V. Neonatal outcomes of assisted and naturally conceived twins: systematic review and meta-analysis. *J Perinat Med*. 2011;39(5):489-93.

²⁹ Moise, J, Laor A, Armon Y, Gur I, Galen R. The outcome of twin pregnancies after IVF. *Hum Reprod* 1998; 13(6): 1702-5.

³⁰ Murguía-de Sierra MT, Lozano R, Santos JI. Mortalidad perinatal general y por asfixia en México: problema prioritario de salud pública por resolver. *Bol Médico Hosp Infantil de México* 2005; 62:275-83.

³¹ Rimm AA, Katayama AC, Diaz M, Katayama KP. A meta-analysis of controlled studies comparing major malformation rates in

considerando sólo las malformaciones mayores es 42%, y combinando los embarazos únicos y múltiples es 32%.³² Los estudios realizados con datos de embarazos múltiples, el riesgo de enfermedades congénitas es 30% mayor respecto al embarazo natural.

El primer estudio que sugirió un riesgo de defectos en el tubo neural del embrión por la FIV fue con pacientes suecos, mostrando que era 5.7 veces más probable el padecer hidrocefalia y 12.9 veces más de anencefalia.³³ El riesgo de parálisis cerebral es 4 veces mayor para gemelos y 17 veces mayor para trillizos. El incremento del riesgo de alteraciones del sistema nervioso por la FIV es especialmente alto. También se han descrito aumentos significativos de defectos cromosómicos y enfermedades en los sistemas genitourinario, gastrointestinal, respiratorio, cardiovascular, músculo-esquelético e inmune, como asma, infecciones, artritis reumatoide.³⁴ Los niños de FIV presentan mayor proporción de tumores del tejido vascular sanguíneo, anomalías en el ojo con graves defectos en la visión y otras malformaciones en el desarrollo. En un meta-análisis con embarazos únicos, obtiene que el 9% de los niños concebidos con FIV presentan malformaciones mayores, con ICSI el 8.6%, y los concebidos por vía natural el 4.2%.³⁵ Aunque su porcentaje es bajo, estamos hablando del doble o triple de probabilidad de malformaciones en los concebidos de modo artificial en relación a los concebidos de modo natural (Cuadro I):

Cuadro I

Incremento de enfermedades en el hijo único secundarias a la FIV y la ICSI

IVF and ICSI infants with naturally conceived children. *J Assist Reprod Genet.* 2004;21(12):437-43.

³² Hansen, M, Kurinczuk JJ, Milne E, de Klerk N, Bower C. Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2013; 19(4):330-53.

³³ Bonduelle M, Liebaers I, Deketelaere V, Derde MP, Camus M, Devroey P, Van Steirteghem A. Neonatal data on a cohort of 2889 infants born after ICSI (1991-1999) and of 2995 infants born after IVF (1983-1999). *Hum Reprod.* 2002; 17 (3):671-94.

³⁴ Wen J, Jiang J, Ding C, Dai J, Liu Y, Xia Y, Liu J, Hu Z. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2012;97 (6):1331-7.

³⁵ Hansen, M, Kurinczuk JJ, Bower C, Webb S. The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *N Engl J Med.* 2002; 346(10):725-30.

Tipo de defecto	ICSI	IVF	Concepción natural
Todos	8.6%	9.0	4.2
Cardiovascular	1.3%	1.8	0.6
Musculo esquelético	3.3%	3.3	1.1
Cromosómico	1.0%	0.7	0.2
Sistema nervioso	0.0%	0.4	0.2

Es de notar cómo, en algunas de las enfermedades la probabilidad es hasta el triple. Abreviaturas: IVF: Fertilización in vitro; ICSI: Inyección intracitoplásmica de esperma.

En la Figura 1 se muestra la prevalencia acumulada de diagnóstico de defectos en hijos de embarazos únicos, observándose que dos tercios de los defectos son diagnosticados en la primera semana, pero no se alcanza el 90% de los diagnósticos hasta los 6 meses, lo que puede explicar las diferencias entre los datos publicados.

Figura 1

Prevalencia de defectos mayores al nacimiento, durante el primer año de vida

Por último, se han descrito niños de FIV con quimerismo y hermafroditismo, que parece deberse a la fusión de dos embriones en las primeras etapas del desarrollo para formar un solo individuo,^{36, 37} de forma que se ha propuesto revisar todos los niños de FIV, ya que este fenómeno puede haberse dado en más casos.

En resumen, los niños de FIV respecto a los de embarazo natural tienen más riesgos perinatal, a medio plazo y más secuelas a largo plazo, más si provienen de embarazos múltiples. Tienen más muerte súbita y postnatal, y los que sobreviven, son niños con peor salud, que requieren más cuidado neona-

³⁶ Simon-Bouy B, Plachot M, Mokdad A, Lavaud N, Muti C, Bazin A, Vialard F, Belaisch-Allart J. Possible human chimera detected prenatally after in vitro fertilization: a case report. *Prenat Diagn.* 2003; 23(11):935-7.

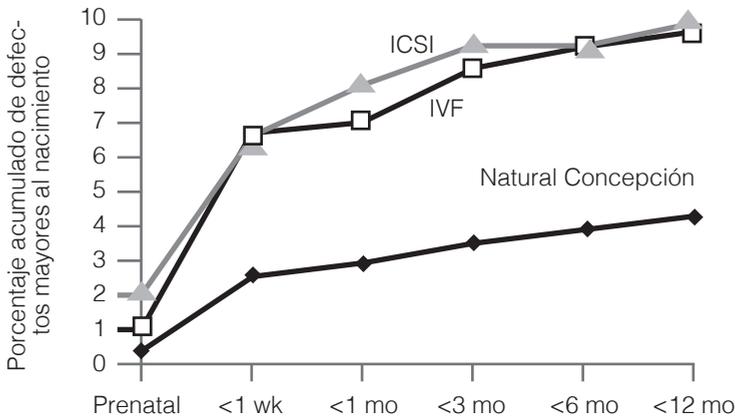
³⁷ Strain L, Dean JC, Hamilton MP, Bonthron DT (1998). A true hermaphrodite chimera resulting from embryo amalgamation after in vitro fertilization. *N Engl J Med* 1988; 338 (3):166-9.

tal, más tiempo de hospitalización y un mayor coste del cuidado.

2. Riesgos físicos para la madre

La FIV produce efectos a dos niveles. Uno durante la estimulación ovárica con el síndrome de hiperestimulación ovárica, y otro de riesgos y complicaciones obstétricas.

- a. Síndrome de hiperestimulación ovárica: es una complicación que se puede producir durante la estimulación ovárica o en la etapa inicial del embarazo. Está causado por dosis altas de hormonas que se emplean para



Abreviaturas: 1wk: 1 semana; 1mo: 1 mes; 3mo: 3 meses; 6mo: 6 meses; 12mo: 12 meses.

inducir una superovulación, o por repetir la estimulación ovárica un número excesivo de veces. La frecuencia oscila, desde su forma moderada a severa, entre el 3.1% al 8% de los ciclos de TRA, aunque la incidencia puede alcanzar hasta el 20% entre mujeres de alto riesgo.³⁸ Este síndrome puede ocasionar trastornos importantes, siendo necesario a veces llevar a la paciente a terapia intensiva, con incrementos significativos de morbilidad

³⁸ Nastri CO, Teixeira DM, Moroni RM, Leitão VM, Martins WP. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, staging, prediction and prevention. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 45(4):377-93.

e incluso de la mortalidad materna, secundarias al tratamiento hormonal intenso.

En casos leves se produce inflamación ovárica, obesidad, distensión y dolor abdominal, náusea, vómito, depresión, jaqueca, insomnio, nerviosismo. La acumulación de líquidos provoca hinchazón y dolor pélvico intensos, con rápido aumento de peso, desequilibrio electrolítico, trastornos hemodinámicos y a veces ascitis masiva. Además puede ocasionar derrame pleural, dificultad para respirar, anemia y pericarditis. También se presentar disminución de la micción, alteraciones renales y disfunción hepática.^{39, 40} Pero la más peligrosa complicación en casos severos es la hipercoagulabilidad, que pueden ocasionar infartos y otros problemas que dan lugar a muertes. Las trombosis venosas se dan en el 65-75% de los casos y afectan a miembros superiores y cuello y son más frecuentes que las arteriales (25-33%), que afecta principalmente a vasos intracraneales.⁴¹ Por otra parte, el tratamiento hormonal repetitivo puede favorecer la aparición de cáncer, enfermedades degenerativas e inflamatorias, que en casos severos pueden llegar a producir la muerte materna.⁴²

La responsabilidad ética de estos tratamientos depende de que la paciente lo conozca, y el médico evite en la medida de lo posible el síndrome de hiperestimulación ovárica. Si la estimulación se realiza con fines terapéuticos de manera adecuada, con medicamentos y dosis probadas, legales, en sí misma es un acto con finalidad terapéutica, y por consiguiente ético, si es que no se realiza en unión a las TRA. La estimulación ovárica presupone en sí misma un intento

³⁹ Mathur RS, Tan BK. British Fertility Society Policy and Practice Committee: prevention of ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Fertil* 2014;17(4):257-68.

⁴⁰ MorYS, Schenker JG. Ovarian hyperstimulation syndrome and thrombotic events. *Am J Reprod Immunol* 2014; 72(6): 541-8.

⁴¹ Kasum M, Danoli D, Oreškovi S, Ješek D, Beketi Oreškovi L, Pekez M. Thrombosis following ovarian hyperstimulation syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2014;30(11):764-8.

⁴² Jensen http://aje.oxfordjournals.org/content/170/11/1408.abstract?ijkey=471e1299288cec82f6bc447d5baebf528e-986d45&keytype2=tf_ipsecsha - corresp-1 A, Sharif H, Kjaer SK. American Journal of Epidemiology. *Use of Fertility Drugs and Risk of Uterine Cancer: Results From a Large Danish Population-based Cohort Study.* *Am. J. Epidemiol* 2009; 170(11): 1408-14.

de ayudar al proceso fisiológico, es decir, una ayuda a la mujer hipofértil para lograr una ovulación periódica e incluso múltiple, aumentando la posibilidad de ser fecundada por vía natural. Sin embargo, si la estimulación se usa como paso previo a la FIV, con separación del aspecto unitivo y procreativo del acto conyugal, aunque el medio sea bueno, la finalidad no lo sería y, por consiguiente, no se considera éticamente correcta.

b. Riesgos y complicaciones obstétricas: la multigestación incrementa más los índices de morbilidad y mortalidad materna. Para no introducir el factor del embarazo múltiple, utilizaremos principalmente los datos de meta-análisis con embarazos únicos, que comparan los efectos de la FIV o la FIV/ICSI combinados respecto al control de madres fértiles o subfértiles que han concebido espontáneamente.

En embarazo único con las TRA hay un incremento significativo de la probabilidad de pre-eclampsia del 29%, de diabetes gestacional del 31%, de placenta previa del 271%, de desprendimiento de placenta del 83%, de tener que realizar cesárea del 58%, de hemorragia preparto del 111% y postparto del 29%. En otros meta-análisis se han obtenido valores semejantes. También hay un aumento del tiempo de hospitalización preparto. Estos riesgos se han obtenido también con embarazos de gemelos o múltiples, siendo la probabilidad de pre-eclampsia en embarazo gemelar 2.6 veces mayor y hay mayor mortalidad obstétrica.

3. Posibles causas de los riesgos que produce la FIV en la madre e hijos

Los peores resultados perinatales en hijos de FIV es probablemente multifactorial. La complejidad de las TRA hace difícil obtener información sobre la contribución de cada factor, aunque hay mucha evidencia de la importancia de algunos de los factores, que tiene gran impacto en los efectos adversos. Entre los factores que se han señalado están:

- a. Los diversos aspectos de la técnica de FIV: puede influir la medicación usada para inducir la superovulación, que puede afectar a la maduración del óvulo y producir alteraciones genéticas. También los cambios endocrinos generados por la maduración de múltiples folículos y cuerpos lúteos, que modifica el perfil endocrino y afectan negativamente a la implantación y al embarazo temprano. El tratamiento durante el embarazo temprano para asegurar la implantación del embrión. La aspiración de los óvulos, que puede dañarlos y, si es excesiva da lugar a cuerpos lúteos insuficientes para el mantenimiento normal del embarazo. La falta de selección de los gametos, que es especialmente grave en la ICSI. El crecimiento y las condiciones endometriales no adecuadas. La fertilización retardada de los óvulos. La manipulación de los gametos y embriones durante el proceso. La congelación-descongelación de gametos y embriones. La composición del medio y la duración del tiempo de cultivo in vitro, que al no ser el medio natural induce alteraciones en la expresión de los genes con modificaciones epigenéticas. Seguramente es debido a la combinación de estos factores.

Hay mucha evidencia de la influencia de la composición del medio y la duración del tiempo de cultivo in vitro, que se ha tratado de mejorar sin obtener cambios importantes, ya que el desarrollo embrionario no depende solo de los genes, sino también de los factores del medio que modifican la expresión de los genes, lo que se denomina epigenética.^{43,44} También la congelación-descongelación de embriones y gametos se asocia a un daño extenso en la membrana celular, que produce alteraciones funcionales y

⁴³ Dumoulin JC, Land JA, Van Montfoort AP, Nelissen EC, Coonen E, Derhaag JG, Schreurs IL, Dunselman GA, Kester AD, Geraedts JP, Evers JL. Effect of in vitro culture of human embryos on birthweight of newborns. *Hum Reprod* 2010; 25:605–12.

⁴⁴ Pinborg A, Wennerholm UB, Romundstad LB, Loft A, Aittomaki K, Söderström-Anttila V, Nygren KG, Hazekamp J, Bergh C. Why do singletons conceived after assisted reproduction technology have adverse perinatal outcome? Systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2013;19(2):87-104.

del estado metabólico de las células y mitocondrias, afectando también al genoma. Se ha comprobado que la crioconservación de los espermatozoides aumenta las rupturas de la cadena de ADN, el grado de condensación del ADN y las fragmentaciones. En los óvulos se incrementa el riesgo de fragmentación del ADN, de aneuploidía y de intercambio entre cromátidas hermanas. En los embriones hay más mutaciones del ADN nuclear y mitocondrial, afectando a su integridad, aunque las alteraciones son mayores si la congelación es lenta.⁴⁵

- b. El bajo peso al nacer, la prematuridad y que sean niños pequeños para su edad gestacional: son efectos negativos asociados a la FIV, que se suman a los riesgos que tienen las TRA per se.
- c. La transferencia de embriones congelados-descongelados: la congelación incrementa los riesgos en relación a la transferencia de embriones frescos.⁴⁶
- d. El aumento de la edad materna y paterna: se considera que con la edad se incrementa el riesgo de alteraciones.⁴⁷
- e. El embarazo múltiple: incrementa los riesgos para la madre y el hijo, al aumentar la posibilidad de prematuridad, bajo peso y dar lugar a niños pequeños para su edad gestacional.
- f. La infertilidad o subfertilidad subyacente en las parejas sometidas a TRA: puede conllevar perturbaciones de tipo orgánico o genético, que ocasionaría peores resultados perinatales de esas parejas.⁴⁸ Se ha demostrado que los hijos de parejas infértiles que conciben espontáneamente sin TRA, presentan más riesgos de malformaciones respecto a los de parejas fér-

⁴⁵ Kopeika J, Thornhill A, Khalaf Y. The effect of cryopreservation on the genome of gametes and embryos: principles of cryobiology and critical appraisal of the evidence. *Hum Reprod Update* 2015; 21(2):209-27.

⁴⁶ Halliday JL, Koumounou OC, Baker HW, Breheny S, Jaques AM, Garrett C, Healy D, Amor D. Increased risk of blastogenesis birth defects, arising in the first 4 weeks of pregnancy, after assisted reproductive technologies. *Hum Reprod* 2010;25:59-65.

⁴⁷ Kazaura M, Lie RT, Skjaerven R. Paternal age and the risk of birth defects in Norway. *Ann Epidemiol* 2004;14(8):566-70.

⁴⁸ Davies MJ, Moore VM, Willson KJ, Van Essen P, Priest K, Scott H, Haan EA, Chan A. Reproductive technologies and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2012; 366(19):1803-13.

tiles que conciben naturalmente.^{49, 50} Además, la diferencia del riesgo es semejante al obtenido al comparar parejas subfértiles que conciben espontáneamente sin TRA con parejas infértiles con FIV. En consecuencia, algunos responsabilizan a la infertilidad del incremento de problemas que ocasiona la FIV, afirmando que los resultados perinatales negativos no son atribuibles a la TRA en sí misma, sino a factores inherentes al estado de subfertilidad severa, a su edad, a que son primíparas, etc. Sin embargo, otros concluyen que la subfertilidad es un factor de riesgo, pero no es el único, ya que comparando los hijos nacidos en partos únicos de unos mismos padres, uno concebido espontáneamente sin TRA y el otro hermano con FIV, se observa un aumento significativo de riesgos perinatales en los hermanos concebidos con TRA.⁵¹ Además, el grupo de subfértiles que conciben espontáneamente puede incluir mujeres que recibieron un tratamiento hormonal de estimulación ovárica, que es un factor que incrementa los riesgos en los hijos y las madres.⁵²

Valoración bioética de la fecundación in vitro

Hay que tener en cuenta que si el fin y/o el medio son inadecuados no es ético el actuar. Solamente es correcto si el fin y/o el medio son correctos o neutros. Para la valoración ética vamos a considerar los aspectos médicos, la finalidad del acto y los medios utilizados para ejecutarlo.

1. Aspectos médicos

Cada vez hay más publicaciones que reportan que la FIV incrementa el riesgo

⁴⁹ Ludwig M. Malformation risk in subfertile couples. *Reprod Biomed Online* 2012; 25(3):225-6.

⁵⁰ Romundstad LB, Romundstad PR, Sunde A, von Düring V, Skjaerven R, Gunnell D, Vatten LJ. Effects of technology or maternal factors on perinatal outcome after assisted fertilisation: a population-based cohort study. *Lancet* 2008; 372: 737-43.

⁵¹ Henningsen AK, Pinborg A, Lidegaard O, Vestergaard C, Forman JL, Andersen AN. Perinatal outcome of singleton siblings born after assisted reproductive technology and spontaneous conception: Danish national sibling-cohort study. *Fertil Steril* 2011; 95:959-63.

⁵² Marino JL, Moore VM, Rumbold AR, Davies MJ. Fertility treatments and the young women who use them: an Australian cohort study. *Hum Reprod* 2011;26:473-79.

fetal respecto al embarazo natural, por los problemas de la técnica. Por la gran cantidad de publicaciones sobre los riesgos de la FIV está justificado el dar una voz de alarma científica sobre los efectos de la FIV, lo que da lugar a dilema ético real. Por otra parte, la FIV no cumple la evaluación riesgo-beneficio para la salud que exige la ley General de Salud de México (LGS, art. 17 bis). Además, no se informa al paciente “con base en los riesgos y beneficios”, según indica el Código de Conducta para el Personal de Salud del 2002 de la Comisión Nacional de Bioética de México. Tampoco se informa adecuadamente al paciente, de forma que su consentimiento es parcial, cuando la ley General de Salud exige que debe ser válidamente informado (LGS, art. 77 bis 37, IX). Por todos estos aspectos negativos, la FIV resulta éticamente reproachable.

Bajo los principios de la bioética, hay que considerar el Principio de Beneficencia, que es sólo para satisfacer el deseo de los padres de tener un hijo, y que se contrapone al Principio de No Maleficencia de no ocasionar daño. Como en la FIV aumenta significativamente el riesgo de muerte, de enfermedad o malformaciones permanentes en el hijo, el juicio ético debe ser negativo. No justificable el producir vida humana en el laboratorio con tanta mortandad y riesgos, explotando la vida para satisfacer un deseo. En la FIV se antepone deseo de unos padres, al derecho del hijo a ser concebido de modo digno y seguro. El legítimo deseo a un hijo no justifica el utilizar cualquier medio, especialmente cuando no es una urgencia vital y hay otras alternativas, como la Naprotecnología.

Nadie puede cuestionar la licitud de un acto terapéutico justificado. Es correcto el tratar de superar los obstáculos para poder procrear de acuerdo a la naturaleza que poseo, es decir, dentro del marco procreativo de la unión conyugal, y emplear el conocimiento científico para ayudar a restablecer el funcionamiento de la naturaleza biológica. El límite ético de la reproducción

humana es que las manipulaciones deben ser solo ayudar a que la unión corporal de la pareja sea fecunda, pero no para sustituirla. Sin embargo, a pesar de denominarse técnicas de reproducción asistida, las técnicas de FIV no son terapéuticas, es decir, no curan la infertilidad, ya que la pareja seguirá siendo infértil después de tener el hijo, si es que lo consiguen. La FIV en realidad es una técnica sustitutiva del acto conyugal, en su doble dimensión unitiva y procreativa, que algunas veces logran la concepción del hijo, empleando unos medios inadecuados y con consecuencias que pueden ser muy graves. Ya hemos mencionado la elevada mortandad de muchos hermanitos formados en el laboratorio, además de suprimir la vida de los “hermanitos sobrantes” o la congelación de los mismos, que pone en peligro la vida del embrión.

2. La finalidad del acto

Para un matrimonio que se ama, el hijo es un bien deseado y apreciado. Y si no se logra la concepción existe una fuerte dosis de frustración y sufrimiento. Todos los esfuerzos de la medicina para superar las patologías que causan este problema son válidas y deseables. Todo equipo de FIV desea fervientemente ayudar a sus pacientes con este problema. Pero existen límites, que son objetivamente evidentes. Son los límites de la naturaleza creadora y de la naturaleza de la persona creada. Es decir, de la persona del hijo por nacer, de la persona de cada uno de los padres, y de la persona de cada uno de los integrantes del equipo de salud.

Por eso, no se justifica el recurso de cualquier medio para satisfacer un deseo, y no se puede anteponer un supuesto derecho de los padres a un hijo, al derecho del hijo a ser concebido de un modo digno y seguro. El hijo no es un objeto de su propiedad, ya que eso sería una posesión egoísta, que implicaría una explotación desde su origen. Por ello, preocupa la utilización de las TRA al servicio del deseo y la ilusión del paciente, rechazando cualquier considera-

ción ética sobre el procedimiento para satisfacerlo. Por otra parte, los equipos médicos tratan de responder a la demanda creada, buscando el aspecto lucrativo de estas técnicas, sin más límite que lo técnicamente posible, y rechazando cualquier consideración ética sobre el medio. Sin embargo, sabemos que los progenitores que se someten a estas técnicas no son plenamente conscientes de estas pulsiones, y sus sentimientos son los normales en cualquier pareja que se ama. No es nuestra intención cuestionar los sentimientos de nadie, ya que en sí mismos no pueden ser puestos en tela de juicio, sino dar una orientación ética de las técnicas, como un medio para lograr el fin tan extraordinario que es la paternidad.

3. Los medios que se emplean para ejecutarlo

Como en toda técnica médica, el fin de la FIV es bueno, al buscar que una pareja infértil logre tener el hijo tan deseado. Sin embargo, no se puede justificar una técnica médica sólo por su fin, enmascarando el aspecto ético del medio. Hay que tener en cuenta que el fin no justifica los medios. Se han descrito los graves problemas que implican la FIV, de forma que con base en ello cada uno debe determinar si éticamente el medio utilizado es adecuado o inadecuado. Por desgracia, muchos de los aspectos negativos de la FIV que se han descrito son poco conocidos, ya que se tienden a silenciar, pero son necesarios considerarlos para poder decidir si el medio utilizado es éticamente correcto. La elevada mortandad de embriones, el bajo índice de éxitos, los riesgos que implica la técnica para el hijo y la madre, los diversos problemas que tiene la técnica, como la falta de selección de gametos, los embarazos múltiples y el cultivo in vitro que induce alteraciones en el desarrollo del embrión, el que no sea una técnica terapéutica para remediar la infertilidad, sino sustitutiva del acto reproductor, el que se origine una vida humana en el laboratorio en un sistema de producción, con su control de calidad de tipo abortivo, y final-



mente, que los embriones sobrantes sean congelados o utilizados para la investigación, son aspectos que hacen que el juicio ético sobre el medio utilizado deba ser negativo.

MATERNIDAD SUBROGADA

Javier Marcó Bach

Resumen

- La maternidad subrogada se clasifica de acuerdo a quien aporte el material genético, en subrogación tradicional o total, cuando la mujer aporta sus óvulos y su vientre, y la gestacional o parcial, cuando se limita a gestar el embarazo.
- Atendiendo al fin se clasifica en subrogación lucrativa o comercial, cuando la mujer recibe una contraprestación económica al entregar al hijo, y la altruista, cuando la mujer acepta por solidaridad de manera gratuita, por lazos de amor, amistad o parentesco con la pareja contratante.
- El ánimo lucrativo constituye uno de los aspectos más criticados de la maternidad subrogada, ya que supone una explotación de mujeres con menores recursos, una instrumentalización del más débil y una cosificación, tanto de las mujeres como de los niños, convirtiéndolos en objeto de comercio.
- La maternidad subrogada se intenta presentar como un tipo más de téc-

nica de reproducción asistida, aunque no lo es, o un tratamiento altruista para paliar la infertilidad, cuando en realidad es una nueva forma de explotación de la mujer y de tráfico de personas, que se convierten en una incubadora humana y un producto de usar y tirar después de entregar el hijo, con las secuelas psicológicas que conlleva.

- La subrogación supone una violación a la dignidad, tanto de la madre gestante como del niño, convertidos en productos comerciales, que se va abriendo paso en algunos países bajo el peso de los lobbies, el negocio que genera y los intereses políticos y económicos de quienes se benefician de tales prácticas.
- En muchos países este negocio está unido a redes de prostitución y otras actividades delictivas, especialmente en Asia y África. Mujeres jóvenes son secuestradas, segregadas, violadas durante meses y utilizadas como incubadoras de niños, que serán luego vendidos al extranjero.
- La mayoría de los países de Europa prohíben total o parcialmente la maternidad subrogada, al afectar la dignidad humana de la madre y el hijo. Los recientes pronunciamientos del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa son claros, ya que se considera una práctica incompatible con los derechos humanos.
- En el derecho comparado existe una gran disparidad, existiendo cuatro grandes bloques de países respecto a su regulación. Pero la mayor parte no lo regulan y algunos lo toleran, convirtiéndose en paraísos del turismo de la procreación, al tener menor costo y no existir restricciones, a los que acuden miles de extranjeros, homosexuales y solteros, para llevarse un hijo gestado por mujeres de esos países.
- Actualmente muchos estados de México se han convertido en el edén del

turismo de la procreación, al no existir regulación a nivel federal ni local, especialmente desde el 2015 al restringirse en países que antes eran paraísos de la procreación, como India, Tailandia, Nepal y Camboya. Sólo se libran los pocos estados que lo han prohibido (Querétaro, San Luis Potosí, Sonora) o los que lo regulan, donde no se permite a extranjeros, solteros, homosexuales, como Sinaloa y la ley del 2015 de Tabasco.

- La situación podrá cambiar con una reforma a la Ley General de Salud federal, que fue aprobada en el Senado el 26-4-2016 y está pendiente de la ratificación en la cámara de diputados.

Concepto y tipos de subrogación

La maternidad subrogada se puede definir como una práctica por la que una mujer, a través de un acuerdo, con o sin precio, se compromete a gestar un bebé con el fin de entregarlo después del parto a aquella o aquellas personas que van a ser sus padres, biológicos o no, renunciando ella a su filiación. Los contratantes pueden ser una pareja heterosexual, homosexual o bien una mujer o un hombre solos.

La maternidad subrogada recibe también otros nombres, como maternidad de sustitución, madre portadora, contrato de gestación, útero subrogado, o más comúnmente como maternidad de alquiler, vientre de alquiler o útero de alquiler.

La maternidad subrogada no es propiamente una técnica de reproducción artificial (TRA), aunque se utilicen estas técnicas para lograrlo, ya que el niño se forma a través de inseminación artificial (IA) o de fecundación in vitro (FIV). De acuerdo al diccionario de la Lengua Española, subrogar es sinónimo de sustituir o poner a alguien o algo en lugar de otra persona o cosa (1). En el uso aislado de las TRA, la voluntad de ser madre pertenece siempre a la mujer gestante. Sin embargo, en la maternidad subrogada la voluntad de ser madre

queda disociada de la gestación.

De acuerdo a quien aporte el material genético, la maternidad subrogada se puede clasificar en (2):

1. Subrogación tradicional o total: cuando la mujer contratada aporta sus propios óvulos, que son fertilizados por IA con espermatozoides de los contratantes o de donantes de un banco de gametos. La madre de alquiler, en tanto que aporta su material genético, es además la madre biológica, pero después del parto debe entregar el bebé a los contratantes, lo que equivaldría a una madre que entrega a su hijo en adopción por un contrato, con o sin precio. La mujer suele ser previamente estimulada con hormonas para producir una ligera superovulación, de forma que se liberen varios óvulos, lo que aumenta la probabilidad de embarazo. El semen puede ser del varón de la pareja heterosexual contratante, de una pareja gay, de un hombre soltero o de un donante.
2. Subrogación gestacional o parcial: cuando a la mujer rentada se limita a gestar el embarazo, que se produce por transferencia de embriones producidos en el laboratorio por la FIV, sin utilizar sus propios óvulos. Los óvulos y los espermias son de la pareja contratante o de donantes. La madre gestante rentada no tiene relación genética con el bebé, que debe entregarlo al final de la gestación a los contratantes. Puede ser que los dos tipos de gametos procedan de la pareja contratante, o que uno de ellos sea de un banco de óvulos o de espermias. Por ejemplo, los óvulos pueden ser de una pareja de lesbianas o de una mujer soltera, utilizándose espermias de un banco de semen. Otra posibilidad es que los espermatozoides sean de una pareja gay o de un hombre soltero, y se utilizan óvulos de un banco de gametos. En el proceso puede ocurrir que existan hasta tres tipos de madres, lo que es una maternidad fragmentada, siendo una quien aporta los

óvulos, otra la contratada para gestar al bebé, y la tercera es la que recibe al niño por un contrato.

Atendiendo al fin, la maternidad subrogada se puede clasificar en dos modalidades (2):

1. Subrogación lucrativa o comercial: cuando la mujer gestante, a través de un contrato realizado por una agencia intermediaria, recibe de la pareja contratante una contraprestación económica al concluir el embarazo y entregar al hijo al nacer. El ánimo lucrativo en la práctica de la maternidad subrogada constituye uno de los aspectos más criticados, ya que puede derivar en una explotación de las mujeres con menores recursos económicos, facilitando por otro lado el acceso a la paternidad a aquellas personas que gozan de mayor disponibilidad económica. Supone en definitiva, una instrumentalización del más débil en favor del económicamente más poderoso y una cosificación, tanto de las mujeres como de los niños, convirtiéndolos en objeto de comercio, vulnerando con ello el principio de indisponibilidad del cuerpo humano. Además podría llegar a darse el caso de que accedieran a estas técnicas mujeres, no por razones médicas, sino más bien por razones de conveniencia, al objeto de evitar las repercusiones estéticas o profesionales que conlleva el embarazo.

Para este tipo de subrogación se suelen utilizar a mujeres pobres, campesinas o indígenas, que se reclutan por expertos de las agencias, o a través de anuncios y mantas en las ciudades, pueblos y rancherías, para ser explotadas como incubadoras humanas a cambio de unos recursos extras. En México un contrato de subrogación cuesta, según el tipo de agencia y la clínica de reproducción asistida, entre 68 a 70 mil dólares (1.4 millones de pesos), de los cuales la ma-

dre alquilada cobra de 50 a 150 mil pesos por el nacimiento de un bebé sano, mientras que el resto es para la clínica y las agencias intermediarias. En los Estados Unidos el consto es unas 2 veces más caro, entre 113 a 226 mil dólares. Por ejemplo, el contrato en California cuesta alrededor de 150 mil dólares y la mujer subrogada cobra de 27 a 38 mil dólares (de 6 a 10 veces más que en México), además de los gastos médicos, legales y salarios perdidos durante la baja laboral.

Un caso que tuvo gran repercusión en los medios de comunicación y que influyó que esta práctica se prohibiera en gran parte de los países, fue el de “Baby M” en New Jersey, Estados Unidos, que ocurrió en 1986 (3). Los Sres. Stern son profesores universitarios y contratan a través de una agencia los servicios a la Sra. Mary Beth Whitehead como madre de alquiler por 10 mil dólares. La Sra. Beth tiene dos hijos y su esposo es empleado de la limpieza de la ciudad de New York. Se formaron embriones por FIV con los óvulos de Mary Beth y el esperma del Sr. Stern y la gestación fue normal. Pero al nacer la niña Melisa, la Sra. Beth se negó a entregar la criatura y devolvió el dinero, debido a que sentía que esa niña que había parido era suya, que la amaba y no quería venderla. Los Sres. Stern la denuncian por incumplimiento de contrato y comenzó una batalla legal que acabó en marzo de 1987, cuando el juez Harvey Sorkow, de la Corte Suprema del condado de Bergen (New Jersey), dictó sentencia dando la razón a los Sres. Stern: “La niña se quedaría con los padres legales porque tenían un contrato en regla y serían mejores padres para Baby M, ya que era un matrimonio más estable y que disfrutaba de una mejor posición económica. Pero la madre gestante podría visitar la niña dos veces por semana durante dos horas”. Aunque trató el tema como una cuestión de custodia, sin entrar en el fondo de la licitud de estos contratos, manifestó textualmente: “Estos sistemas sólo transfieren el dolor de una madre que sufre esterilidad, a otra madre que sufre por separarse de su hijo”. Al juez Sorkow

se le ha comparado con Salomón, que tuvo que decidir entre dos madres que reclamaban un mismo hijo. Pero Salomón lo tuvo mucho más fácil, ya que sólo había una verdadera madre, mientras que aquí se enfrentaban una madre biológica, una madre legal y un padre que era legal y biológico.

2. Subrogación altruista: cuando la mujer gestante acepta la maternidad subrogada por solidaridad de manera gratuita, por lazos de amor, amistad o parentesco con la pareja contratante. Serían casos de generosidad hacia una hija o una hermana. Sin embargo, los padres contratantes se responsabilizan del pago de los gastos médicos, los legales, y otros derivados del embarazo, parto, post-parto y puerperio, como los salarios perdidos durante la gestación, ropa y otras compensaciones.

Algunos para justificar la subrogación recurren a la subrogación “altruista”, que apenas ocurre en la realidad. Dan a entender que si la madre gestante no está siendo pagada no hay una explotación, como en el caso de la subrogación comercial, lo cual tiene un fundamento ideológico muy extraño. La realidad es que en la subrogación “altruista” la mujer experimenta exactamente lo mismo que en la comercial, pero no obtiene nada a cambio. It demands of the woman to carry a child for nine months and then give it away. Se le exige que lleve a un niño durante nueve meses y que luego lo entregue. She has to change her behaviour and risk infertility, a number of pregnancy-related problems, and even death. La mujer debe ceder sus derechos a un bebé que ni siquiera ha visto, ni lo ha gestado, lo que supone una presión indebida. Por otra parte, hay evidencias en países donde sólo está permitida la subrogación altruista, como el caso de Gran Bretaña, que a muchas supuestas subrogadas altruistas se les paga bajo mesa. También se afirma que la legalización de la subrogación “altruista” acabaría con la industria comercial. International experience

shows the opposite – citizens of countries such as the US or Britain, where the practice of surrogacy is widespread, tend to dominate among foreign buyers in India and Nepal. La experiencia internacional muestra lo contrario, ya que en los países donde está permitida sólo la altruista, la práctica de la subrogación comercial está más extendida a través de subrogaciones internacionales en países extranjeros. In any case, the notion of “altruistic” surrogacy – apart from being a red herring, since it barely happens in reality – has a very strange ideological underpinning.

Uno de los primeros casos de subrogación altruista tuvo lugar en Francia en 1983, que salió en los medios de comunicación del mundo y puso en evidencia lo inhumano que es esta práctica, determinando que la mayoría de los países prohibieran la subrogación. Se trata de dos hermanas gemelas, que se llevaban extraordinariamente bien. Una es Magali, casada y embarazada, pero en un accidente de tráfico pierde a su hijo y queda infértil por los daños causados en el útero. La otra hermana gemela, Christine, era soltera y se ofrece ayudarla para ser inseminada artificialmente con semen del marido de su hermana. El 22 de abril de 1983 nace Stephane y comienzan los problemas entre las dos gemelas. La hermana fértil no podía olvidarse de la criatura que había gestado, pero la gemela infértil no quería que la niña se ligara demasiado a su hermana. Christine acabó odiando a su Magali y finalmente tuvo que irse lejos a vivir a otra ciudad. Son palabras de Christine: “No deseo a nadie pasar por lo que yo he pasado, porque nuevos problemas se sucedían entre nosotras cada día y la vida se convirtió en algo infernal. Por ejemplo, yo hubiera querido amamantar a Stephane, pero Magali me lo prohibía porque decía que Stephan se ligaría demasiado e a mí. Me decía brutalmente, que ahora que el cordón umbilical se ha roto, te debes olvidar completamente que lo has dado a luz”.

La primera agencia creada para el alquiler de úteros fue en los Estados

Unidos, la Subrogate Family Service Inc. del abogado Noel Keane, que en 1976 realizó el primer contrato de maternidad subrogada a través de IA. Otra fue fundada en 1979 por Richard Levine, la Subrogate Parenting Associates en Luisville (Kentucky). (4). Desde que la industria de la subrogación comercial inició a finales de los años setenta, ha estado inundada de escándalos, explotación y abuso. From the infamous “Baby M” case – in which the mother changed her mind and was forced, in tears, to hand over her baby – to the Japanese billionaire who ordered 16 children from different Thai clinics. Ha existido una mercantilización total de la vida humana, desde el infame caso “Baby M” a los casos que veremos más adelante del multimillonario japonés que ordenó a 16 niños en diferentes clínicas tailandesas o or the intended parents who refused to accept a disabled child and tried to get their surrogate to abort ;los padres australianos que se negaron a aceptar a un niño discapacitado, después que trataran que la madre sustituta abortara. There has been a total commodification of human life: click;Luego está el caso reciente de la madre sustituta americana de Idaho, llamada Brooke, que había sido tres veces madre subrogada y murió el 8-10-2015 cuando realizada la subrogación para una pareja española, llevando gemelos. Fue la primera estadounidense que muere en un embarazo subrogado, pero otras mujeres han muerto en todo el mundo, incluyendo una mujer india que actuaba como subrogada de una pareja de EU (5). La subrogación suele estar asociada a la FIV, lo que conlleva administración de dosis elevadas de hormonas para la superovulación y el proceso de la técnica, con los consiguientes riesgos, que pueden llegar a ser en algún caso mortales. También mencionaremos los casos de subrogación asociadas a mafias de trata de personas, con las llamadas fábricas de bebés en Asia y África.

Aspectos éticos de la maternidad subrogada

A veces se considera que los contratos de maternidad subrogada gratuita -con fines altruistas- tienen cierta aceptabilidad, siempre que la mujer que cede temporalmente su cuerpo otorgue su libre e informado consentimiento, al igual que su marido, si fuere casada. Sin embargo, la gran mayoría rechazan la subrogación lucrativa o comercial, al equiparlo a un contrato de venta futura del hijo, prohibido por los tratados internacionales y las legislaciones de la mayoría de los países, pues atenta contra la dignidad del ser humano. La persona no tiene precio y no puede ser considerada, bajo ninguna condición, como un simple instrumento. Ello excluye toda comercialización aunque sea parcial del cuerpo humano (6). La maternidad subrogada atenta además al interés superior del menor, a los derechos humanos de la mujer y a aquellos que impactan en los derechos inherentes de la persona, entre los cuales sobresalen la vida, la dignidad humana, así como la intimidad personal y familiar.

El ánimo lucrativo en la práctica de la maternidad subrogada constituye uno de los aspectos más criticados, ya que puede derivar en una explotación de las mujeres con menores recursos económicos, facilitando por otro lado el acceso a la paternidad a aquellas personas que gozan de mayor disponibilidad económica. Supone en definitiva, una instrumentalización del más débil en favor del económicamente más poderoso y una cosificación, tanto de las mujeres como de los niños, convirtiéndolos en objeto de comercio, vulnerando con ello el principio de indisponibilidad del cuerpo humano. Además podría llegar a darse el caso de que accedieran a estas técnicas mujeres, no por razones médicas, sino más bien por razones de conveniencia, al objeto de evitar las repercusiones estéticas o profesionales que conlleva el embarazo.

La maternidad subrogada se intenta presentar como un tipo más de técnica de reproducción asistida (TRA) o como un tratamiento altruista para paliar la infertilidad. Se dice que es una consecuencia y una posibilidad que se suma a las TRA, aunque propiamente la maternidad subrogada no es un tipo de

TRA. Pero la realidad es bien distinta. Es una nueva forma de explotación de la mujer y de tráfico de personas.

El alquiler de útero supone una violación a la dignidad, tanto de la madre gestante como la del niño, convertidos en productos comerciales. Los contratos de subrogación suponen una cosificación de los seres humanos. El niño se convierte en un producto de mercado, que se encarga, se fabrica, se vende y se compra para satisfacer el capricho o el anhelo de unos adultos que quieren ser padres a toda costa. El deseo de tener un hijo lleva aparejado la responsabilidad de buscar lo mejor para su concepción y su desarrollo. La maternidad subrogada tiene un fin bueno, el lograr que una pareja consiga el hijo tan deseado, pero hay que valorar además si el medio es o no correcto. El fin no justifica los medios. En el alquiler de útero se antepone el deseo de los padres a procrear, al derecho del hijo a ser concebido y desarrollado de una forma segura y digna, rechazando toda consideración ética sobre el medio utilizado.

La mujer que renta su cuerpo por dinero u otro tipo de compensaciones, se convierte en una simple incubadora humana y un producto de usar y tirar después de entregar el hijo, con las secuelas psicológicas que conlleva. La gestación conlleva un afecto prenatal y la entrega del niño con el parto ocasiona fuertes traumas en la madre gestante. Cuando se comenzaron a realizar los contratos de subrogación hubo varios casos muy duros, como los que se mencionaron anteriormente, que determinaron que la mayoría de los países prohibieran estas prácticas. Desde hace décadas, los expertos han insistido en la importancia de los lazos que se crean entre la madre y el hijo durante el embarazo y su importancia en el futuro desarrollo de hijo. Cabe presuponer que, en un embarazo considerado como un negocio, la relación con un hijo al que se renuncia de antemano y al que se considera como un producto y una fuente de ingresos, pueda afectar al correcto desarrollo psicológico del niño.

Esta situación da lugar además a multitud de formas de explotación, pre-

sión y comercialización, que se lleva a cabo especialmente en mujeres de países pobres o menos desarrollados. Julie Bindel, feminista, periodista y escritora inglesa, activista para la erradicación de la violencia hacia las mujeres y niños, desde 1979 lo ha denunciado como el proxenetismo del embarazo. De hecho, en muchos países el negocio del alquiler de úteros se encuentra invariablemente unido a las redes de prostitución y otras actividades delictivas. Sirva a modo de ejemplo el de Asia, donde la policía desmanteló una red de venta de bebés, Babe 101, liberando a 21 jóvenes vietnamitas secuestradas bajo el engaño de una oferta de trabajo, para utilizarlas como madres gestantes a través de la implantación de embriones o la violación. O el caso de Nigeria, donde la policía en junio del 2012 rescató de una casa a 32 niñas embarazadas de 15 a 17 años para vender sus bebés. Algunas de ellas declararon que les habían ofrecido unos 192 dólares por vender a sus bebés, aunque el precio final dependía del sexo de los bebés. Los bebés eran vendidos después por una cantidad que oscilaba entre 2.000 y 6.000 dólares.

La periodista Milena Castigli investigó esta realidad en Nigeria (7), y habla de “mujeres jóvenes que son secuestradas, segregadas, violadas durante meses y utilizadas como incubadoras para los recién nacidos, que serán luego vendidos al extranjero para fines desconocidos” ... “El fenómeno está tan expuesto y conocido, que se le ha asignado con un nombre específico: las “baby factory”. Las denominas “fábricas de niños” no son más que chozas donde viven abarrotadas como animales de reproducción, decenas de mujeres y chicas muy jóvenes, que las tienen en secreto y escondidas hasta el momento del parto, por torturadores pagados por poderosos grupos criminales locales. ¿Qué ocurre con estas madres después del parto?, no se sabe. Y, aún más abominable, nada cierto se sabe de los hijos. Muchos recién nacidos son “colocados” como mercancía, en el circuito de las adopciones internacionales y vendidos a un alto precio a las parejas heterosexuales u homosexuales. Sin

embargo, de muchos otros se han perdido las pistas. Existe el temor fundado de que han sido “usados” para la extracción de órganos o que han sido “reclutados” para el mercado en auge de la pornografía infantil”... “Emanuele di Leo, Presidente de Steadfast (una organización sin ánimo de lucro que opera desde hace años en Nigeria junto a los más pobres) explica quiénes son los compradores culpables de este delito: “Son personas que vienen desde el Occidente que tienen problemas de infertilidad, tanto parejas heterosexuales como homosexuales; también nigerianos, familias ricas, cuyo hombre efectúa agresiones hacia estas chicas secuestradas en los pueblos con el fin de dar a luz a un niño con su propio patrimonio genético”... “En los últimos años han sido descubiertas, sólo en Nigeria, al menos 20 fábricas de niños, donde las chicas son segregadas durante los 9 meses de gestación, finalizando después no se sabe cómo. En uno de estos lugares infernales recientemente descubiertos por la Policía, se encontraron 32 chicas, por supuesto, todas mujeres embarazadas, encadenadas a la pared como vacas en un establo”, finaliza la denuncia de Castigli.

Por otra parte, cuando el niño es fruto de una compra-venta, por el que se paga una elevada cantidad de dinero, parece que se tiene derecho a exigir unos niveles de calidad, e incluso, que se pueda devolver el producto si el cliente no queda satisfecho. Un caso reciente fue el de la tailandesa Pattarambon Chamba, que llevó a que se cambiaran las leyes de subrogación en ese país. Pattarambon ante su situación de pobreza accedió por contrato a ser madre subrogada en el 2013. Los dos hombres australianos que alquilaron su vientre pidieron, según el contrato, que abortara a uno de los gemelos que había concebido, el niño Koy, por haberle sido detectado en el diagnóstico prenatal el síndrome de Down. La madre gestante se negó a abortar un hijo suyo. Cuando nacieron los gemelos en diciembre del 2013, a pesar de no tener recursos, se tuvo que quedar con ese niño con necesidades especiales, mien-

tras que los australianos se llevaron a la niña sana, Gammy. Afortunadamente en julio del 2014 salió este caso a la prensa mundial, y se realizó una campaña de donativos para la madre tailandesa. La pareja australiana afirmó a la cadena de noticias Australiana Broadcasting Corporación el 4 de agosto del 2014, que los médicos sólo les había informado de la existencia de la niña. Luego relataron a Fairfax Media que estaban “demasiado viejos” como para cuidar a gemelos. Pero Pattaramon dijo a la CNN: “Cuando dieron de alta del hospital a la niña, la pareja me preguntó si sería capaz de criar al niño. ¿Cómo es que dijeron que no sabían de él? No entiendo, suena a que están mintiendo “. Contó que la pareja no mostró interés alguno por llevarse al niño discapacitado a casa. “Ni siquiera miraron al niño. Ni siquiera le compraron leche. El niño dormía junto a la cama de la niña, se habían acabado los pañales y nunca compraron pañales para él “.

Otro caso que ocurrió simultáneamente en agosto del 2014 en ese país, que hasta entonces era uno de los paraísos mundiales del turismo de procreación, fue el del empresario japonés soltero de 24 años, Mitsutoki Shigeta, hijo de un multimillonario japonés de teléfonos celulares. La policía descubrió que era: padre biológico de 16 niños obtenidos por subrogación con distintas mujeres tailandesas. Tenía semen congelado y dijo que quería tener 10 niños al año, por le gustaba tener familia numerosa y quería dedicarse a la política en el futuro, y que al menos ellos le votarían. El primero lo había obtenido en junio del 2013 y había pagado a las madres por cada uno 12,300 dólares. La policía allanó una vivienda donde encontró a 9 bebés con niñeras, todos hijos suyos, que estaban con los trámites para llevarlos a Japón. El empresario había viajado 45 veces a Tailandia para los trámites de subrogación.

Situación legal en el mundo

La maternidad subrogada es un debate que se extiende por todo el mundo y

que parece ignorar la realidad de esta práctica, que convierte a las mujeres y niños en objetos de consumo sujetos a tráfico mercantil. Esta nueva forma de cosificación de seres humanos, de tráfico de personas y de prostitución del cuerpo de la mujer se va abriendo paso en las leyes de algunos países bajo el peso de los lobbies, el negocio que genera y los intereses políticos y económicos de quienes se benefician de tales prácticas.

En Europa, la mayoría de los países prohíben total o parcialmente la maternidad subrogada, al afectar la dignidad humana de la madre y el hijo. Los recientes pronunciamientos del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa son tan claros, que no admiten medias tintas, ya que se considera una práctica incompatible con los derechos humanos. Así el pleno del Parlamento Europeo votó el 30-11-2015 en contra de cualquier práctica de maternidad subrogada, en su Informe Anual sobre derechos humanos y democracia en el mundo. La resolución aprobada por la Eurocámara es (8): “Condena la práctica de la subrogación, puesto que atenta contra la dignidad humana de la mujer, dado que su cuerpo y sus funciones reproductivas son usadas como una mercancía; considera que la práctica de la subrogación gestacional involucra la explotación reproductiva y el uso del cuerpo humano para fines de lucro o de otro tipo, especialmente en el caso de las mujeres vulnerables en los países en desarrollo, por lo que debe prohibirse y ser tratado como una cuestión de prioridad en los instrumentos de derechos humanos”.

Anteriormente, en otra resolución del 18-3-2012, el Parlamento Europeo había condenado también esta práctica, sin distinción entre la altruista y la comercia (9): “Pide a los Estados miembros que reconozcan el grave problema de la maternidad subrogada, que constituye una explotación del cuerpo femenino y de sus órganos reproductivos” (punto 20). “Se subraya que las mujeres y los niños están sometidos a las mismas formas de explotación y ambos pueden considerarse mercancías en el mercado internacional reproductivo, y

que estos nuevos mecanismos reproductivos, como la maternidad subrogada, aumentan la trata de mujeres y niños y la adopción ilegal a través de las fronteras nacionales” (punto 21). También la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha rechazado por dos veces, la última en marzo del 2017 (10), una propuesta de aprobación de la maternidad subrogada altruista promovida por la parlamentaria socialista belga Petra De Sutter, ginecóloga transexual y jefe del departamento de ginecología del hospital de Gante (Bélgica).

En el derecho comparado existe una gran disparidad en la regulación de la maternidad subrogada, pudiendo clasificarse los países en cuatro grandes bloques, aunque la mayor parte de los países no regulan la práctica de la maternidad subrogada. Sin pretender ser exhaustivo, los cuatro bloques de países son (11):

1. Países donde es ilegal todo tipo de maternidad subrogada: la ley lo prohíbe en la mayoría de países europeos, específicamente en Alemania, Austria, Bulgaria, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Islandia, Italia, Moldavia, Montenegro, Noruega, Portugal, Serbia, Suecia, Suiza, Turquía. En América está prohibida en Canadá (sólo en Quebec), Costa Rica, algunos estados de los EU (Arizona, Indiana, Michigan, New Jersey, North Dakota), algunos estados de México (Coahuila, Querétaro, San Luis Potosí), y en la mayoría de países latinoamericanos. En Asia está prohibida en Arabia Saudita, China, Nepal (desde el 19-9-2015), Japón, Pakistán. En otros países no hay legislación, pero no está tolerada o es incierta, como el caso de Andorra, Bosnia-Herzegovina, Chipre, Letonia, Lituania, Malta, Mónaco, República Checa, Rumanía, San Marino.
2. Países que es legal sólo la subrogación altruista: es el caso de Australia, Bélgica, Brasil, Canadá (no en Quebec), Dinamarca, en algunos estados de EU (New Hampshire, Nuevo México, Nebraska, Oregón, Virginia, Washington), Grecia, Holanda, Hungría, India (desde el 15-11-2015 y sólo para

matrimonio indio infértil), Irlanda, Israel, Reino Unido, Tailandia (desde 32-7-2015 y sólo para matrimonio tailandés infértil), Uruguay.

3. Países que es legal todo tipo de subrogación: en los países europeos que lo permiten sólo es legal para parejas casadas heterosexuales, mientras que está prohibida para homosexuales y solteros. Es el caso de Rusia y países del área, como Albania, Armenia (no permitida a extranjeros), Bielorrusia (no permitida a extranjeros), Georgia, Kazajistán, Ucrania. En Los Estados Unidos es legal en 10 estados, que tienen una legislación precisa y lo permiten también a homosexuales y solteros, como es el caso de Arkansas, California (1° que lo aprobó en 1975), Florida, Illinois, Massachusetts, Nevada, New York, Texas, Utah, Vermont. En México es legal en Tabasco desde 1997, pero desde el 2016 está prohibida para extranjeros, homosexuales y solteros. En Sinaloa está permitida desde el 2013, pero es sólo para mexicanos. En el DF se aprobó una ley en el 2010, pero no llegó a estar vigente al no ser publicada en la Gaceta. Asia está permitida en Corea del Sur, Hong Kong, India (no había ley y estaba permitido todo, pero desde el 2015 está regulado y no lo permite para extranjeros, homosexuales y solteros), Nepal (fue legal sólo del 9-2014 al 9-2015), Tailandia (no había ley, pero desde el 2015 está regulado y no lo permite para extranjeros, homosexuales y solteros). En Oceanía está permitida en Australia y Nueva Zelanda. En África está permitida legalmente en Suráfrica.
4. Países sin regulación legal, pero con tolerancia y todo tipo de abusos, que son paraísos del turismo de la procreación al tener menor costo: son países que no tienen legislación precisa o carecen de ella, pero está tolerada la maternidad subrogada, lo que determina que el proceso tenga una menor seguridad jurídica. Al no existir restricciones y tener un costo mucho menor respecto donde hay legislación, estos países se han convertido en pa-

raísos del turismo de procreación, a los que acuden miles de extranjeros, homosexuales y solteros de todo el mundo para llevarse un hijo gestado por mujeres de esos países. El costo para las personas contratantes es la mitad o un tercio respecto a los estados de EU que lo permiten, donde el costo económico oscila entre 113 mil a 226 mil dólares.

Actualmente muchos estados de México se han convertido en el principal paraíso del turismo de la procreación a nivel mundial, al no existir regulación a nivel federal ni local, especialmente con el cambio de leyes en países que anteriormente eran paraísos de la procreación, como la India, Tailandia, Nepal y Camboya. Sólo se libran los pocos estados que lo han prohibido o regulado la maternidad subrogada en sus códigos civiles, que lo veremos en el siguiente apartado.

Caso de la India: en el 2012 era el país líder como paraíso del turismo de la procreación, ya que no había restricciones legales y costaba una cuarta parte respecto a los EU, con un costo de 18 a 30 mil dólares. Cada año se gestaban por alquiler de úteros unos 6 mil niños y el 75% eran para extranjeros. Era un negocio muy rentable de 2.3 millones de dólares al año para las clínicas de reproducción asistida, que creía al ritmo del 20% anual. La subrogación estaba permitida desde el 2002, aunque no había una ley que la regulara. La práctica fue ratificada por el Tribunal Supremo de la India en el 2008. Pero ante los abusos y la explotación de mujeres pobres, se creó una ley en enero del 2013 que restringían los contratos de subrogación sólo a parejas heterosexuales casadas durante al menos 2 años, prohibiéndose para solteros y homosexuales. La ley se restringió todavía más el 15-11-2015, de forma que actualmente sólo se permite la subrogación altruista para matrimonios indios con diagnóstico de infertilidad. Si es un matrimonio mixto con extranjero, deben llevar casados al menos 3 años. Actualmente está prohibida la subrogación comercial,

las agencias mediadoras y el hacer publicidad para evitar la explotación de las mujeres, de forma que la India ha dejado de ser desde el 2015 uno de los paraísos del turismo de la procreación.

El Sunday Times publicó el 9-5-2010 un reportaje con los datos de subrogación durante 12 años de la Akanksha Infertility Clinic, situada en la ciudad Anand de India, en el estado de Gujerat. Esta clínica la dirigen la Dra. Nayna Patel y su marido el Dr. Hitesh, que comenzaron a realizar subrogaciones en el 2003 con la abuela, que gestó gemelos para una de sus hijas. Luego lo hicieron comercial, con un hostel que tuvieron del 2003 al 2010 con capacidad de hasta 60 madres subrogadas, confinadas durante el embarazo, en habitaciones de 4 a 10 camas. Sólo salían para controles médicos y emergencias, aunque podían tener visita familiar del esposo e hijos una vez por semana. En ese periodo de 7 años tuvieron 167 madres sustitutivas, que dieron a luz a 216 bebés, con una media de 50 mujeres embarazadas simultáneamente. Los padres contratantes pagaban 20,682 dólares por el proceso, correspondiendo a la mujer gestante un tercio. Como la mayoría de las mujeres que alquilaban su útero eran pobres, de casta inferior o de aldeas, esa cantidad suponía 10 años de su salario medio en el campo de 2 dólares por día. Muchas repetían hasta llegar a los 35 años, que es límite legal de edad para ser una madre subrogada. Con las ganancias obtenidas, los dueños de la clínica construyeron en el 2010 un moderno hospital de FIV, con capacidad para 150 madres subrogadas simultáneas y unas habitaciones lujosas para estancias temporales de los padres contratantes. En el periodo 2003-2015 (año que se restringió la subrogación), nacieron en esta clínica algo más de 700 bebés, que fueron entregados a 580 parejas, la mayoría extranjeras, siendo como una auténtica fábrica de bebés que explotaba económicamente a las mujeres pobres. Una de las mujeres contó a la revista que fue dos veces madre subrogada, que recibió 8 mil dólares cada vez, aunque a veces no dan lo prometido si el hijo nace con problemas y

entonces sólo reciben 800 dólares. Explicó que con lo que ganó la primera vez construyó su casa, y la segunda vez fue para educar a su hija y casarlo con un buen chico. Comentó que claro que se sentía mal por llevar en mi vientre un niño 9 meses y entregarlo, pero los padres contratantes necesitaban un niño y yo requería el dinero.

Caso de Tailandia: fue otro destino del turismo de la procreación, ya que todo estaba permitido y no había ley que controlase. Cada año unos 2,000 extranjeros obtenían un hijo de mujeres subrogadas tailandesas, desde solteros a parejas hetero y homosexuales. Pero ocurrieron dos casos de grave abuso en la maternidad subrogada, que crearon alarma en el país. Se vieron en un apartado anterior, y son los de Gammy con el niño Down que le dejaron los contratantes australianos, y el empresario japonés soltero que era padre biológico de 16 niños. A raíz de esos casos, el gobierno creó una ley para regular la maternidad subrogada, que se aprobó el 20-2-2015 y entró en vigor el 31-7-2015 sin carácter retroactivo. Actualmente se permite la maternidad subrogada sólo a parejas tailandesas con problema de fertilidad (diagnóstico médico de infertilidad o de contraindicación para embarazo), debiendo ser la madre subrogada un pariente estrecho de la pareja y sólo está permitido una subrogación altruista. Por lo tanto, la nueva ley prohíbe la subrogación comercial, a extranjeros, a homosexuales y a solteros, y no cumplir los requisitos conlleva penas de hasta 10 años de cárcel.

Recientemente ocurrió un caso problemático en Tailandia, que afectó a una pareja gay casada hacía 3 años, Gordon Lake de EU y el marido Manuel Santos de España, que viven en Valencia y tienen un hijo por subrogación llamado Álvaro de 2 años, nacido en la India. Con la agencia New Life contrataron a la tailandesa Patidta Kusolsang por 40 mil dólares, naciendo el 17-1-2015 Carmen por FIV, con óvulos de un banco y el semen de Gordon. Eso fue poco antes de aprobarse la nueva ley. La madre estando en el hospital firmó los pa-

peles que reconocen la paternidad de Lake. El problema surge en la obtención del pasaporte de EU, cuando la madre cambia de opinión al ver la orientación sexual de los padres y se niega a firmar un consentimiento, con lo que no pueden sacar a la niña del país. La agencia intermediaria cerró con nueva ley y por irregularidades. La pareja no logró un acuerdo amistoso con la madre, que dice extrañar a la niña, que la quiere, que puede mantenerla y que quiere devolver el dinero. Además denunció a los padres legales de secuestro y de ser traficantes de personas, temiendo lo que podrán hacer con la niña. Según la ley tailandesa, al igual que la mexicana, la madre natural es quien pare al hijo, y como madre soltera, el varón no tiene poderes en la decisión de la madre. Los padres legales contrataron abogados para un juicio ante Tribunal Juvenil y de Familia de Bangkok, pidiendo la custodia de Carmen. El juicio se inició en junio del 2015, con las declaraciones de las partes y testigos, pero se suspendió hasta marzo del 2016 por falta de un dictamen del gobierno. La pareja se quedó a vivir en Tailandia durante 16 meses, cambiando de domicilio por miedo a que la policía les quitase la niña. Finalmente el Tribunal les concedió la custodia el 30-4-2016 y pudieron salir del país con la niña.

Caso de Nepal: desde septiembre del 2014 se permitió la subrogación y sin ley que lo regulara, de forma que ese país se convirtió en un nuevo paraíso de turismo de procreación, al igual que la India y Tailandia. Pero ante diversos casos de abusos con mujeres del país, la Corte Suprema prohibió la subrogación el 19-9-2015. La sentencia originó un problema con 54 parejas extranjeras, ya que el departamento inmigración negó el permiso para sacar a los hijos obtenidos por subrogación hasta que el gobierno tomase una decisión. Pasaron unos meses hasta que les dieron un pase especial, ya que habían pagado el contrato de subrogación antes de la prohibición de la Corte.

Caso de Camboya: existen unas 50 clínicas que ofrecen subrogación comercial con costos muy inferiores a otros países, siendo un país que durante

años ha sido un paraíso de la procreación, donde se instalaron muchas de las agencias intermediarias para extranjeros, a raíz de las restricciones en otros países. Todavía no hay una ley que lo regule y se toleraba todo tipo de subrogación hasta octubre del 2016, que el Ministro de Salud de Camboya, Mam Bunheng, publicó una norma prohibiendo temporalmente la subrogación comercial a extranjeros y creando restricciones sobre la FIV y la donación de gametos, como primer paso hasta que se apruebe una legislación. En noviembre detuvieron y encarcelaron a varios responsables de agencias internacionales de subrogación, por solicitar documentos falsos y ejercer como intermediarios entre padres adoptantes y mujeres subrogadas.

La disparidad existente en la regulación de la maternidad subrogada en el derecho comparado potencia el “turismo reproductivo”, esto es, el traslado de parejas procedentes de países donde la práctica es ilegal a otros donde es legal o no hay legislación. Los casos de maternidad subrogada internacional aumentan día a día y conlleva diversos problemas, desde la falta de control en la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos, lo que puede implicar riesgos para las madres y los hijos, hasta problemas de derecho internacional relativos a la determinación de la filiación y la jurisdicción competente (11). Han existido casos de niños obtenidos por subrogación internacional, que han tardado varios meses en poder ingresar en el país de origen de sus padres legales, como ha ocurrido en Alemania, Canadá o Japón, que a veces se requieren hacer pruebas de ADN, para comprobar el origen de esos niños y descartar que no se hayan obtenido por medios ilícitos. En una reunión celebrada en La Haya en el 2012 (12), se analizaron los problemas que plantean los contratos de maternidad subrogada de carácter internacional y se propone el establecimiento de un marco de cooperación entre autoridades, que favorezca el reconocimiento de las filiaciones válidamente determinadas en un estado que admita esta forma de gestación por sustitución en otro estado cuyo orde-

namiento prohíba esta práctica.

Un caso extremo ocurrió en Japón con una niña llamada Manyi, que llegó a tener cinco madres. La criatura nació el 25-7-2008 en la clínica de Anand (India) de una madre subrogada (1ª madre), por encargo del matrimonio japonés, Ikufum Yamada de 45 años que se dio su esperma, y Yuki de 41 años (2ª madre), aunque los óvulos fueron de una donadora (3ª madre). El matrimonio se divorcia poco antes de nacer y la niña no la quieren ni la madre contratante ni la subrogada. Manyi se queda sin madre y sin nacionalidad. Mientras el padre biológico intenta resolver el caso en Japón, se le asignan una madre provisional de la India para cuidarla (4ª madre). El padre regresa a la India con su propia madre, que adopta a la niña (5ª madre y abuela paterna), pero cuando intentan entrar a Japón tienen problemas, al no constar una madre biológica, ni documentos, ni nacionalidad. Sin embargo, le dieron un permiso provisional de permanencia en Japón durante un año, hasta que se aclarare la situación.

Hay países que prohíben la filiación por subrogación realizada en el extranjero y la subrogación en el propio país (13, 14), como es el caso de Alemania, Canadá, Estonia, Finlandia, Islandia, Japón, Moldavia, Montenegro, Serbia, Suecia, Turquía. En otros países prohíben la filiación pero no está regulada la subrogación, como ocurre en Andorra, Austria, Bosnia-Herzegovina, Letonia, Lituania, Mónaco, Rumanía. En cambio, otros países permiten la filiación por subrogación en el extranjero, incluso cuando la subrogación está prohibida en el país de forma total o sólo la comercial, como es el caso de Eslovenia, España, Estonia, Hungría, Irlanda, Holanda, Reino Unido. Otros permiten la filiación por subrogación en el extranjero y es legal todo tipo de subrogación o no hay legislación, como ocurre en Albania, Georgia, República Checa, Rusia, Ucrania.

Un caso reciente es el de Suecia, que ha prohibido todo tipo de subrogación, tanto la comercial como la altruista, y también la filiación por subrogaciones realizadas en el extranjero, tras una completa investigación realizada por una comisión gubernamental de expertos durante tres años, presidida por la jueza Eva Wendel Rosenberg (15). Su recomendación al gobierno sueco fue la maternidad de alquiler de rodo tipo no debe ser permitida en el sistema sanitario sueco y que la subrogación comercial en el extranjero debe contrarrestarse de diferentes maneras (punto 64), tomando medidas para evitar que los ciudadanos acudan a clínicas extranjeras. Algunos párrafos del informe sueco son: “Existe un amplio consenso, tanto a nivel internacional y en Suecia, que el cuerpo humano y sus partes no deben, por tanto, dar lugar a beneficios económicos. Prohibiciones sobre el comercio de órganos y células reproductivas son una expresión de esto. Sería parecen ser incompatibles con las regulaciones introducir de permisos subrogación comercial, mientras que el mantenimiento de tales prohibiciones” ... Por otra parte, la subrogación comercial es difícil de conciliar con las prohibiciones de tráfico de mujeres y niños y con otras normas destinadas a satisfacer los derechos de las mujeres y de los niños también” ... “La primera desventaja se refiere a las presentes graves lagunas en el conocimiento sobre las consecuencias para un niño nacido después de un acuerdo de subrogación” (punto 57). “Otra desventaja se refiere al riesgo de presión y comercialización. En nuestra opinión, existe un peligro evidente que algunas mujeres pueden ser sometidos a la presión de ser madres de alquiler si el procedimiento está permitido en el sistema sanitario sueco. Las mujeres también pueden sentir presión tácita para ayudar a un pariente cercano” (punto 58). “Una tercera desventaja tiene que ver con la posibilidades de la madre sustituta cambie de opinión una vez que el niño ha nacido. El respeto a la autonomía de una madre sustituta y su derecho a la autodeterminación, requiere que ella pueda ser capaz de cambiar de opinión

una vez que el niño ha nacido. Por lo tanto, la madre de alquiler tiene que ser capaz, por un período razonable después del nacimiento, a optar por mantener al niño, lo que da lugar a problemas graves. Si una madre de alquiler cambia de opinión, puede haber conflictos graves y un efecto adverso en el niño, al enterarse que la madre de alquiler ha estado en contra de la voluntad de los futuros padres, y quizás genéticos. Tal curso de acontecimientos es probable que sea una tragedia" (punto 59).

Se tiene que exigir la abolición universal del alquiler de úteros, y en su defecto, la prohibición de inscribir a favor de los compradores en el registro civil a los niños obtenidos por subrogación internacional, como una medida disuasoria para disminuir el tráfico de seres humanos que implica esta práctica, hasta lograr su completa desaparición. Esto es lo defiende un artículo titulado "Toda subrogación es explotación – el mundo debe seguir la prohibición de Suecia (16): "Detrás del aura de felicidad que muestra Elton John-ish, hablando de bebés y de nociones de la familia moderna, está una industria que compra y vende la vida humana, donde los bebés están hechos para satisfacer los deseos de los países ricos. Cuando una madre es considerada como nada, pues ni siquiera tiene el derecho a ser llamada "mamá" y todo responde al deseo del comprador. Occidente ha comenzado a subcontratar la reproducción a las naciones más pobres, así como externalizamos la producción industrial. It is shocking to see how quickly the UN convention on the rights of the child can be completely ignored. Resulta chocante ver con qué rapidez se puede ignorar completamente la convención de la ONU sobre los derechos del niño. No country allows the sale of human beings – yet, who cares, so long as we are served cute images of famous people and their newborns? Ningún país permite la venta de seres humanos, y sin embargo ¿a quién le importa, siempre y cuando se sirven imágenes lindas de personas famosas y sus recién nacidos?". Las mujeres son esclavizadas para proveer hijos a heterosexuales y

homosexuales ricos. Cualquier tipo de maternidad subrogada es explotación de mujeres para satisfacer el deseo del cliente, una verdadera mercantilización de la vida humana. Hay madres obligadas a abortar después de que el comprador conoce que los niños tienen algún tipo de malformación o que son más de uno, y el cliente exige que se aborte a todos menos a uno.

Situación legal en México

El derecho a la reproducción humana está reconocido en la constitución de México como un derecho fundamental de la persona (artículo 4), que dispone: “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos...”. Hay que destacar que no se hace referencia alguna a la maternidad subrogada en la Constitución, ni la Ley General de Salud, ni su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, ni en ninguna otra legislación federal. Sin embargo, como veremos el Senado de la República aprobó el 24-4-2016 una reforma a la Ley General de Salud que regula la maternidad subrogada a nivel federal, que ha pasado a la Cámara de Diputados para su aprobación o modificación, pero todavía no ha sido aprobada. El objetivo es evitar que México siga siendo uno de los principales paraísos del turismo de la reproducción, especialmente en los estados que no existe regulación.

Los estados de la República Mexicana y la Ciudad de México tienen competencia para legislar en materia de derecho de familia, existiendo una gran disparidad en la normativa sobre la maternidad subrogada. Hay entidades federativas que la prohíben, otras la regulan, generalmente con serias deficiencias, pero la mayoría no existe legislación al respecto, con lo que hay un vacío legal y todo está permitido (4).

1. Estados que prohíben explícitamente la maternidad subrogada: los estados de Querétaro San Luis Potosí y Sonora tienen prohibición expresa o “desconocen” cualquier acuerdo de gestación subrogada, al establecer que se presumirá la maternidad de la mujer gestante y que cualquier acuerdo que diga lo contrario será nulo. Esto quiere decir, que el bebé será reconocido ante la ley como hijo de la madre sustituta, nunca de los contratantes. En Coahuila estaba prohibido hasta el 15-12-2015, fecha en que se derogó el artículo correspondiente.

En Querétaro: el Código Civil del estado de Querétaro (17) dispone en el artículo 400: “Las parejas adoptantes de embriones no podrán procurar la maternidad asistida o subrogada, ni contratar el vientre de una tercera mujer para la gestación del embrión”. En este artículo del capítulo 6 sobre la adopción de embriones, al permitirse la adopción de embriones se prohíbe a las parejas adoptantes recurrir a la maternidad asistida o subrogada, así como contratar el vientre de una tercera mujer para la gestación del embrión. Además en el artículo 348: “La filiación de los hijos nacidos fuera de matrimonio resulta, con relación a la madre, del sólo hecho del nacimiento”. Por lo tanto, no es válido el acuerdo de gestación subrogada y la maternidad es únicamente de la madre gestante.

Otro artículo interesante es el 22, que reconoce los derechos legales desde la concepción: “La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte, pero desde el momento que un individuo es concebido, de manera natural o por medio de las técnicas de reproducción asistida, queda bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código”. En el segundo párrafo de este mismo artículo se refiere al derecho de los hijos a conocer a sus padres biológicos: “La persona que haya sido producto de una inseminación artifi-

cial o procreación asistida, con contribución de donante o donantes, tendrá el derecho, cuando adquiriera la mayoría de edad, de conocer la identidad de sus padres biológicos”. El mismo derecho le asiste a la persona concebida a través de estos métodos que haya sido posteriormente adoptada (artículo 400). Sin embargo, se omite el reconocer a los donantes el derecho de conocer a los hijos nacidos a través de las tecnologías reproductivas.

En San Luis Potosí: no es posible recurrir a la maternidad subrogada, ya que lo prohíbe expresamente en el artículo 243 del Código Familiar para el estado de San Luis Potosí, que decreta: “Es inexistente la maternidad substituta y por lo mismo no producirá efecto legal alguno. Si un embrión fuese implantado en una mujer distinta a la cónyuge o concubina, la maternidad se le atribuirá a la primera” (18).

En Sonora: en este estado no se regula la maternidad subrogada, pero puede considerarse que está prohibida, al establecer el punto segundo del artículo 179 de su Código de Familia que el hijo nacido por reproducción asistida quedará al lado de su madre como única titular de la patria potestad (19).

Por otra parte, el artículo 207 decreta: “Cuando el embarazo se obtenga por técnicas de reproducción asistida con material genético de personas distintas de uno o ambos cónyuges o concubinos, los que usen voluntariamente gametos de terceros serán considerados como padres biológicos del niño que nazca por estos métodos, siempre que hayan otorgado expresamente su autorización. El hijo podrá solicitar, al llegar a su mayor edad, informes sobre el padre biológico en los mismos casos que en la adopción plena, sin reclamar ningún derecho filiatorio”. Al igual que el estado de Querétaro, este artículo reconoce el derecho del hijo para solicitar informes sobre el padre biológico. Por último, el artículo 208 excluye cualquier derecho u obligación del donante: “El consentimiento de los cónyuges o concubinos equivaldrá a la cohabitación para efectos de la paternidad y serán considerados padres biológicos

del hijo engendrado a través de dichas técnicas, para todos los efectos legales, excluyendo cualquier derecho u obligación del donante”.

En Coahuila: estaba prohibida la maternidad subrogada por el artículo 491 del Código Civil de Coahuila, que decretaba la inexistencia del contrato de maternidad subrogada. Sin embargo, el 15-12-2015 fue derogado ese artículo y los referidos a la filiación, incluidos los de la sección tercera “De la filiación resultante de la fecundación humana asistida”, con los artículos 482 a 491 (20).

2. Estados que está permitida y regulada la maternidad subrogada: sólo los códigos civiles de los estados de Sinaloa y Tabasco tienen regulaciones para realizar esta práctica. En el Distrito Federal hay una ley aprobada, pero no se llegó a publicar en la Gaceta, con lo está en vigor.

En Sinaloa: en el código familiar de Sinaloa existe una amplia legislación desde el 6-3-2013, con 16 artículos en el capítulo V sobre “Reproducción humana asistida y la gestación subrogada”, de los cuales 15 artículos se refieren a los distintos tipos de gestación subrogada (21). Entre los requisitos que establece para ser padres subrogados contratante están, entre otros, que deben ser ciudadanos mexicanos, que deben ser cónyuges o concubinos, que la madre acredite mediante certificado médico, expedido por el médico tratante, que posee una imposibilidad física o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, y que la mujer gestante otorgue su aceptación pura y simple para que se lleve a cabo el proceso (artículo 290). Los requisitos para ser madre gestante se establecen en los artículos 283, 285, 286, 291 y 292, entre los que está tener una edad entre 25 y 35 años, gozar de buena salud y no presentar adicciones. También se especifica cómo debe ser el instrumento de maternidad subrogada o contrato en los artículos 286 a 289 y en el 295, que debe ser ante notario, que verifica que se cumple la ley. Una vez que sea

suscrito el instrumento, deberá ser notificado en sus efectos a la Secretaría de Salud y al oficial del registro civil, para que el estado de la persona menor nacida mediante esta práctica, sea contemplado en su filiación como hijo desde el momento de la fecundación de sus progenitores biológicos (artículo 290). En resumen, solo permite la maternidad subrogada a cónyuges o concubinos mexicanos, con imposibilidad física para gestar o que la gestación esté contraindicada médicamente. Los dos primeros niños registrados con maternidad subrogada son del 2015, que los contratantes fueron en un caso de Culiacán y en el otro de la Ciudad de México.

En Tabasco, ley del 9-4-1997: fue la primera legislación sobre la maternidad subrogada que se aprobó en México, con un simple artículo, el 92 del Código Civil para el estado de Tabasco (22), que ya no está vigente y permitía todo respecto a la subrogación. No había controles, ni registros de clínicas o de mujeres dedicadas a alquilar su útero, con lo que no protegía a las mujeres que alquilaban su útero. Las reglas las ponían cada agencia intermediaria. En este estado podían realizar la maternidad subrogada personas de cualquier país, casadas, solteras u homosexuales. Sólo debía existir un contrato ante notario público. Cuando no se utilizaba el óvulo de la madre alquilada, la paternidad era de las personas contratantes, pero si el óvulo era de la gestante, entonces la filiación se tenía que realizar por adopción. Tabasco se convirtió en un paraíso del turismo de la procreación, siendo un negocio sin control, con unas 10 clínicas de reproducción asistida en el estado y agencias de todo el mundo que tramitan el proceso. Por ejemplo, Care Subrogacy Center México (www.subrogacionmexico.com) citaba a los clientes de los EU en Puerto Vallarta, donde hay un consulado de ese país para legalizar ahí mismo a los niños que compraban. En el registro civil de Tabasco se registraban unos 3 niños de subrogación a la semana, siendo el 90% para extranjeros de todo el mundo. Era un negocio denigrante de trata de mujeres, que las reclutaban con expertos,

con anuncios y con mantas que ponían en ciudades, pueblos y rancherías, ofreciendo recursos extras a mujeres pobres a cambio de alquilar su útero. A veces simulan ante el notario, de forma que se hacía pasar como de Tabasco a mujeres y clínicas que no eran de ese estado.

En Tabasco, ley del 16-1-2016: la modificación del Código Civil se aprueba el 14-12-2015 y entra en vigor en el 2016 sin carácter retroactivo (23). Como otros paraísos del turismo de procreación, como India, Tailandia y Nepal, se acababan de prohibir la subrogación internacional a solteros y homosexuales, Tabasco se convirtió en el edén mundial, siendo un negocio abusivo y sin control. Para evitarlo, al Código Civil se adicionó el capítulo VI bis sobre “Gestación asistida y subrogada”, con 7 artículos (del 380 bis 1 a bis 7) que regulan la práctica de forma bastante completa. El artículo 380 bis 5 establece las condiciones para ser contratantes, entre otras, el ser ciudadanos mexicanos, que la mujer tenga entre 25 y 40 años de edad, que acredite mediante certificado médico que posee una imposibilidad física o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero. En el artículo 380 bis 3 establece las condiciones para ser madre de alquiler, entre otras el tener entre 25 y 35 años, gozar de buena salud, no presentar adicciones, pudiendo participar hasta en dos embarazos subrogados. En el artículo 380 bis 4 prohíbe que “Intervengan agencias, despachos o terceras personas”. El 380 bis 5 especifica que los contratos serán realizados ante notario público, deben ser aprobados por el juez competente y notificados a la secretaría de salud del estado. El artículo bis 7 indica que es obligación de los padres contratantes pagar los gastos médicos y garantizar con un seguro de gastos médicos mayores los gastos de atención médica durante el embarazo, parto y puerperio de la madre gestante. Por lo tanto, quedan excluidos para la subrogación los extranjeros, solteros, parejas homosexuales y la intermediación de agencias y está permitido sólo a matrimonios o concubinatos mexicanos.

En la Ciudad de México: se aprobó una modificación del Código Civil el 30-11-2010, pero no fue publicada en la Gaceta por oposición de algunos grupos, por lo que nunca ha estado vigente. Esa la ley permitía la subrogación sólo para matrimonios o concubinatos heterosexuales, habitantes en el DF y con diagnóstico de infertilidad o contraindicación médica para gestar. Era necesario un contrato ante notario, que especifique que es sin fin de lucro y que la mujer que alquila su útero no haya participado en otra subrogación (24).

El código civil actual no existe ningún artículo que regule la maternidad subrogada, pero de hecho está permitida en la práctica en matrimonios heterosexuales y homosexuales, tanto mexicanos como extranjeros que se hayan casado en la capital de la república (25). Ello se debe a que el artículo 162 dictamina que “Los cónyuges tienen derecho a decidir de manera libre, informada y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, así como emplear, en los términos que señala la ley, cualquier método de reproducción asistida, para lograr su propia descendencia”. Y en sentido amplio se suele incluir la gestación subrogada como un tipo de reproducción asistida. Por otra parte, en el artículo 146 se reconocen los matrimonios homosexuales, al definir “Matrimonio como la unión libre de dos personas para realizar la comunidad de vida, en donde ambos se procuran respeto, igualdad y ayuda mutua. Debe celebrarse ante el Juez del Registro Civil y con las formalidades que estipule el presente código”. Por lo tanto, al estar permitido el matrimonio entre parejas del mismo sexo, se puede concluir que estas también pueden recurrir a la gestación subrogada.

3. La mayoría de los estados no tienen regulación: por desgracia, actualmente México está considerado como un paraíso del turismo de la procreación, como es el caso de Cancún, a donde se han las agencias y las clínicas que estaban en Tabasco. Esto se debe a que no hay legislación federal y la

mayoría de estados no tienen regulación, de forma que está todo permitido y la subrogación se practica sin ley ni seguridad jurídica.

4. El pleno del Senado de la República aprobó el 26-4-2016 una reforma a la Ley General de Salud, para regular la gestación subrogada. Se aprobaron por 73 votos a favor y 0 en contra modificaciones a los artículos 61 y 462 de la Ley General de Salud (LGS), por el que se regula la gestación subrogada (26). La reforma sanciona de 6 a 17 años de prisión y multa de 8 mil a 17 mil veces unidad de medida, a quien: obtenga el consentimiento de una mujer mediante el pago de una contraprestación, el uso de cualquier tipo de violencia, o aprovechándose de una situación de pobreza o ignorancia, para que se transfieran uno o más embriones a su útero y después del nacimiento, renuncie a los derechos y deberes que derivan de su maternidad, para entregar al o los menores a los contratantes o terceras personas. También a quien mediante gestación subrogada transfiera uno o más embriones al útero de una mujer que se haya sometido a dos embarazos previos por la misma técnica; al que realice este procedimiento para entregar al o los hijos resultantes a una persona de nacionalidad distinta a la mexicana; a quien promueva, favorezca, facilite, publicite o realice procedimientos de gestación subrogada con fines de lucro. Así como al contratante que omita cubrir los gastos de atención médica de la mujer gestante, derivados del procedimiento de gestación subrogada, incluyendo las etapas post-parto y puerperio; y al contratante que abandone al o los menores resultantes del mencionado procedimiento; privándolo además de la patria potestad, y a quienes promuevan, favorezcan, faciliten o publiciten la práctica de la gestación subrogada cuando sea ilícita. Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además suspensión de 5 a 8 años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta 6 años más, en caso de reincidencia.

Las modificaciones fueron remitidas a la Cámara de Diputados para su aprobación. La Comisión de Salud de la cámara lo aprobó el 21-9-2016 con algunas modificaciones, estando pendiente la aprobación por el pleno. La nueva regulación permite la subrogación sólo a parejas casadas con indicación médica de infertilidad o contraindicación para gestar, con una persona que tenga vínculo de parentesco y sin fines de lucro, aunque permite la compensación de gastos médicos y otros derivados del embarazo, parto, post-parto y puerperio. Cuando se apruebe, los estados tendrían 120 días para armonizar sus legislaciones en el tema de la maternidad subrogada. La subrogación será sólo para mexicanos, altruista, y después de tratamientos y diagnóstico de infertilidad. Se eliminarán las agencias que hay en México, la subrogación para homosexuales o solteros, y el proceso será supervisado por Secretaría de Salud.

Bibliografía

1. Real Academia de la Lengua Española, Diccionario de la lengua española, en <http://dle.rae.es/?w=subrogar>, consultado el 4 de marzo de 2017.
2. Ortiz Sánchez, Ricardo (2007). Gestación subrogada. *Revista Jurídica de Puerto Rico*, 76 (4): 1200-09.
3. Corral Taiciani, Hernán (2013). Maternidad subrogada: sobre la pretensión de formalizar la filiación perseguida mediante la adopción o la recepción de su práctica en el extranjero. En Cristián Lepin Molina (coord.), *Técnicas de reproducción humana asistida. Desafíos del siglo XXI: una mirada transdisciplinaria*. Abeledo Perrot-Thomson Reuters, Chile pp. 86.
4. Martínez Martínez, Verónica Lidia (2015) "Maternidad subrogada. Una

- mirada a su regulación en México". *Dikaion*, 24 (2): 353-82.
5. O'Reilly, Bill (2016). American Surrogate Mom Dies <http://www.cbc-network.org/2015/10/american-surrogate-mom-dies/>, consultado el 4 de marzo de 2017.
 6. Hottois, Gilbert (2011), ¿Qué es la bioética? Fontamara, México, pp. 45.
 7. Castigli, Milena (2016). Las fábricas de niños. In Terris, 29-2-2016 <http://www.interris.it/es/2016/02/29/87256/bofetada/las-fabricas-de-ninos.html>, consultado el 31 de marzo de 2017.
 8. The European Parliament (2015). Annual Report on Human Rights and Democracy in the World 2014 and the European Union's policy on the matter. Resolución A80344/2015, punto 114, Estrasburgo 30-11-2015. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-%2f%2fEP%2f%2fTEXT%2bREPORT%2bA8-2015-0344%2b0%2bDOC%2bXML%2bV0%2f%2fEN&language=EN>, consultado el 4 de marzo de 2017.
 9. The European Parliament (2011). Priorities and outline of a New EU policy framework to fight violence against women. Resolución A7-0065/2011, puntos 20-21. Estrasburgo, 18-3-2011, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2011-0065&language=EN>, consultado el 5 de marzo de 2017.
 10. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2017). Documento 14140, Votación: <http://assembly.coe.int/nw/xml/Votes/DB-Votes-Results-EN.asp?VoteID=36186&DocID=16001&MemberID=>, Proyecto: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=23015&lang=en>, Consultado el 5 de marzo de 2017.
 11. Ruiz Sáenz, Ángela (2015). Tratamiento de la maternidad subrogada en el Derecho Comparado. *Tempus*, actas saúde colect., 9 (2): 121-32.
 12. Conferencia de derecho internacional privado de la Haya (2012). Informe preliminar sobre los problemas derivados de los acuerdos interna-

- cionales de maternidad subrogada (Rapport préliminaire sur les problèmes découlant des conventions de maternité de substitution à caractère international). Disponible en: <http://www.hcch.net/upload/wop/gap2012pd10fr.pdf>, consultado el 31 de marzo de 2017.
13. Blanco-Morales Limones, Pilar (2015). Una filiación: tres modalidades de establecimiento. La tensión entre la ley, la biología y el afecto. Bitácora Millennium DIPr: Derecho Internacional Privado, N°. 1 Disponible en www.millenniumdipr.com/archivos/1433416687.pdf, consultado el 31 de marzo de 2017.
 14. Calvo A.L., Carrascosa J. (2015). Gestación por sustitución y derecho internacional privado. Más allá del tribunal supremo y del tribunal europeo de derechos humanos. Cuadernos de derecho transnacional 7 (2): 45-113.
 15. Informe “Olika vagar till foraldrarskap” en <http://data.riksdagen.se/dokument/H4B311.text>, consultado el 31 de marzo de 2017.
 16. Kajsa Ekis Ekman (2016). All surrogacy is exploitation -the world should follow Sweden’s ban. The Guardian 25-2-2016, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/25/surrogacy-sweden-ban>, consultado el 31 de marzo de 2017.
 17. Código Civil del estado de Querétaro, en <http://www.legislaturaqueretaro.gob.mx/repositorios/10.pdf>, consultado el 4 de abril del 2017.
 18. Código Familiar para el estado de San Luis Potosí, en <http://congreso-sanluis.gob.mx/legislacion/codigos>, consultado el 4 de abril del 2017.
 19. Código de Familia para el estado de Sonora, en http://www.congresoson.gob.mx:81/Content/Doc_leyes/doc_436.pdf, consultado el 4 de abril del 2017.
 20. Código Civil para el estado de Coahuila de Zaragoza, en <http://coahuila.gob.mx/archivos/pdf/C%C3%B3digo%20Civil%20para%20el%20>

- Estado%20de%20Coahuila.pdf, consultado el 4 de abril del 2017.
21. Código familiar del estado de Sinaloa, en http://www.laipsinaloa.gob.mx/index.php?option=com_flexicontent&view=items&cid=19:transparencia&id=6047:2017-01-05-23-09-35, consultado el 4 de abril del 2017.
 22. Código Civil para el estado de Tabasco de 1997, en <http://cgaj.tabasco.gob.mx/leyes/estatales/leyes?page=1>, consultado el 4 de abril del 2017.
 23. Código Civil para el estado de Tabasco del 2016 <http://lxi.congresotabasco.gob.mx/legislativo/codigos>, consultado el 4 de abril del 2017.
 24. Hernández Ramírez, Adrina y Santiago Figueroa, José Luis (2011). Ley de Maternidad Subrogada del Distrito Federal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, XLIV (132): 1335-48.
 25. Código Civil para el Distrito Federal, en www.aldf.gob.mx/archivo-2e8d-72b55b5b732a3535a7b8152304f8.pdf, consultado el 4 de abril del 2017.
 26. Boletín 1661 del Senado de la República del 26-4-2016, en <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/28267-senado-aprueba-reforma-para-regular-gestacion-subrogada.html>, consultado el 4 de abril del 2017.





IV

FIN DE LA VIDA

¿MUERTE CEREBRAL O MUERTE ENCEFÁLICA?

Dr. José Alejandro Pedro Sánchez Priego MD, PhD.

Resumen

Muerte clínica: acontece con el cese de las funciones respiratoria, circulatoria y nerviosa a los cuales se añaden fenómenos físicos como la enfriamiento corporal (algor mortis), fenómenos químicos como la rigidez cadavérica (rigor mortis) y fenómenos microbianos (putrefacción).

Muerte cerebral: hace alusión a la muerte de los hemisferios cerebrales con el cese de la función cardiorrespiratoria.

Muerte encefálica: es el cese irreversible de las funciones de todo el encéfalo, es decir, además de los dos hemisferios cerebrales, que incluye el tallo encefálico y el cerebelo, dentro de una unidad funcional que es todo el sistema nervioso central.

Criterios de Harvard: Estos criterios fueron elaborados por el Comité Ad-Hoc de la escuela de Medicina de Harvard en 1968 y se convirtieron en Ley en 1982.

Criterios para el diagnóstico de muerte encefálica

1. Ausencia de receptividad y de respuesta espontánea.
2. Ausencia de movimiento y respiración.
3. Ausencia de reflejos del tallo respiratorio.
4. Electroencefalograma plano.
5. Repetición de todos los exámenes anteriores a las 24 horas sin cambio en los resultados y exclusión de hipotermia.

Prerrequisitos

- a) Paciente en coma profundo.
- b) Paciente ventilado mecánicamente en modalidad controlada, por pérdida del automatismo respiratorio.
- c) Ausencia de causas reversibles de depresión de la función encefálica.

Hallazgos clínicos

1. Coma arreactivo.
2. Ausencia de reflejos del tronco encefálico.
3. Prueba de atropina negativa.
4. Apnea comprobada mediante la prueba de oxigenación apneica.
5. Test de apnea.

Exámenes paraclínicos confirmatorios de muerte encefálica

- a) Gammagrafía con Tecnecio 99.
- b) Angiografía por radionúclidos y Angiografía de 4 vasos.
- c) Doppler o ultrasonido transcraneal.
- d) Electroencefalograma.
- e) Tomografía por Emisión de Positrones.
- f) Potenciales Evocados Auditivos, Visuales y Somatosensoriales.

El diagnóstico de muerte en la legislación mexicana

Para fines legales los parámetros serán los que se encuentran en el título XIV, capítulo IV, “Pérdida de la vida” de la Ley General de Salud Vigente.

El término “muerte” proviene del latín *Mors-tis* y designa la cesación o fin de la vida”.¹ También es definible como el cese de las funciones de un organismo, sin esperanza de recuperación.² En el campo de la medicina: “La muerte es la pérdida irreversible de la capacidad para integrar y coordinar las funciones del organismo, física y mentalmente dentro de una unidad funcional”.³ No se debe perder de vista que la muerte es un proceso bio-fisiológico, que afecta a todo ser vivo. Sin embargo, filosóficamente: “se considera a la muerte como un deceso, es decir, como un hecho que tiene lugar en el orden de las cosas o bien, se le puede considerar en su relación específica con la existencia humana”,⁴ ya que, en sentido propio, el “ser humano” es el único ser que muere, sabiendo que muere.

La muerte del ser humano como destino final inexorable va más allá del mero proceso biológico, y obliga al planteamiento de importantísimas repercusiones desde el punto de vista filosófico, antropológico, médico, jurídico y por supuesto ético. Certificar que una persona está muerta implica una gran responsabilidad por el hecho de que esto significa el fin de la vida de la misma persona. Por ello conviene saber que el diagnóstico de muerte ha cambiado con el paso de los años, y fue hasta mediados del siglo XX cuando fueron establecidos los criterios sobre la misma con una base neurológica, desde entonces se han descrito de manera indistinta muerte cerebral y muerte encefálica.⁵

El problema de aceptar uno y otro término tiene su origen en el término inglés: *brain death* ya que al realizar la traducción al español se puede hacer de ambas formas, tal como se puede evidenciar en los diccionarios de medicina

¹ Louis T. La muerte. Barcelona: Paidós, 2010.

² Torres J. Medicina legal. México: manual moderno. 2001.

³ Brugola A. Atención al paciente terminal. Madrid: Rialp. 2013.

⁴ Basave A. Metafísica de la muerte. México: Limusa. 2000.

⁵ Bernard JL, Culver CM, Gert B. “On the definition and criterion of death”. *Ann Inter. Med.* 1981; 94: 389-384.

y otros diccionarios en general.⁶ Sin embargo, referirse a la muerte encefálica como sinónimo de muerte cerebral, no es lo mismo, ello crea confusión no solo al personal de salud, sino también a la población en general, conviene entonces aclarar los términos.

El concepto de muerte cerebral se refiere específicamente a la muerte de los hemisferios cerebrales, y hace alusión a las estructuras anatómicas situadas por encima de la tienda del cerebro, a lo cual se llama supratentorial. Dicho concepto que con frecuencia es usado como sinónimo de muerte encefálica, hoy es considerado erróneo, pues supone la muerte de sólo una parte del cerebro, lo cual traducido clínicamente no equivaldría necesariamente a la muerte del individuo.⁷

En cambio, hablar de muerte encefálica es un concepto más amplio y completo. Así se suscribe que, para aceptar la muerte encefálica, se alude a la pérdida irreversible, por causa conocida de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como de tallo encefálico y sus componentes. dentro de una unidad funcional.⁸

Concepto biológico de la muerte

Aunque se suele decir que la muerte nos iguala a todos, y en un sentido

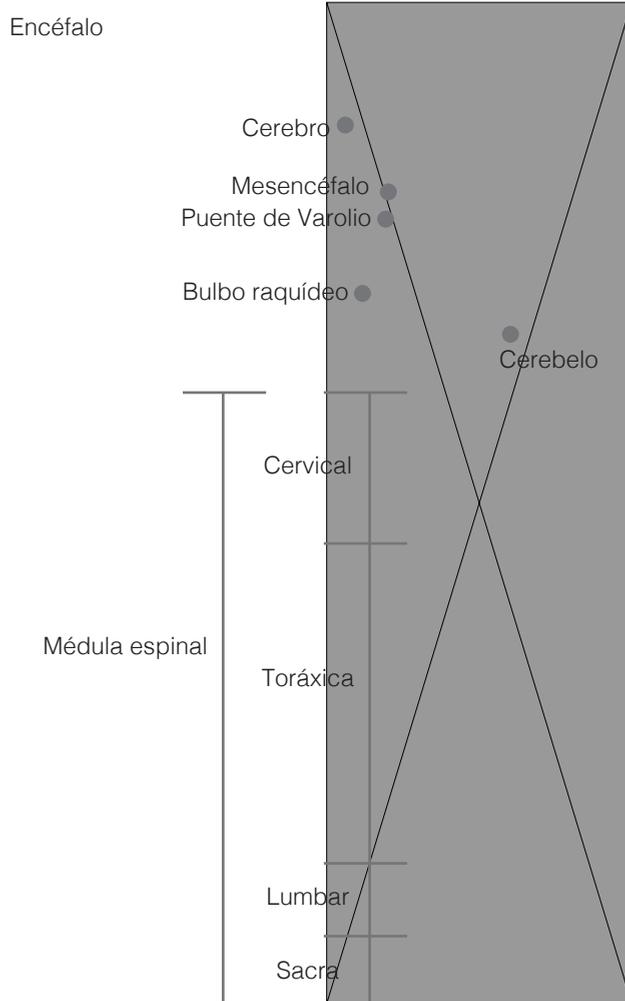
⁶ Alfred W. Gran *enciclopedia*. Vol. 16; Madrid: Rialp 1999.

⁷ Mac J.W., Weeks J. C; Wrigth A.A; Bloock S.D. Prigerson H.G. End of live discussion. Goal attainment and distress at the End of life; predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *JCO*, 2010;28:1203-1208.

⁸ Richard S. Snell. *Neuroanatomía clínica*. México: Ed. Panamericana. 2007.



Sistema nervioso central
(humano)



profundo es verdad, sin embargo, la realidad nos ofrece imágenes muy variadas en relación con la misma y el proceso que conduce a ella.⁹ Se suelen indicar como signos inmediatos de probabilidad de la muerte: el cese de la respiración automática, el paro del latido cardiaco, la inmovilidad general, la insensibilidad, la disolución muscular, la particular palidez y la apertura de los ojos, sobre la esclerótica parece una mancha negra y disminuye la transparencia de la córnea. La coagulación debida a la acidificación endurece los músculos y produce la característica rigidez cadavérica.¹⁰ En etapa más avanzada aparecen también los signos de putrefacción: el olor, una mancha verde sobre el abdomen, hinchazón por los gases de la putrefacción.

La muerte clínica

La propuesta oficial del criterio de muerte cerebral, esto es, la pérdida total e irreversible de la estructura y funciones cerebrales, como relevo del criterio clásico de reconocimiento del momento de la muerte por la cesación irreversible de las funciones cardiaca y respiratoria, se remonta al informe del Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, publicado en 1968.¹¹

Este informe está precedido por el desarrollo de nuevas técnicas médicas que, por un lado, crean las condiciones de posibilidad para la definición y verificación de dicho criterio y cuya puesta en práctica, por otro, requiere la sanción legal de aquel. Vino, luego en el mismo año, la Declaración de Sydney, emitida por la XXII Asamblea Médica Mundial en apoyo de ese nuevo criterio, y ratificada por la Asamblea Médica Mundial de Venecia Italia en 1983. En las dos décadas siguientes surgió al respecto un debate en el que no sólo

⁹ Bernat J. Brain death. En: Gilman S. MedLink Neurology. San Diego: MedLink. 2004, (2): 827-840.

¹⁰ Elliot R. Diagnosis in brain death. En: Trauma, January 1, 2006;5 (1):23-42.

¹¹ A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA, Aug 5. Vol 205, No. 6.

intervienen en la preservación de la vida, derivan los signos tradicionales que permiten diagnosticar clínicamente la muerte a saber: cese de la función respiratoria, cese de la función circulatoria y el cese de la función nerviosa.¹⁴

Pero con el paso del tiempo el progreso de la ciencia vino a demostrar la dificultad de hacer coincidir siempre, la muerte clínica de la persona, con el cese de funciones cardio-respiratorias.¹⁵ Ya que gracias a la reanimación, es posible recuperar un corazón que ha dejado de latir, y devolverle a la persona la respiración que se había perdido, mediante la administración de aminas cardiacas, y el soporte ventilatorio en forma mecánica o artificial.¹⁶ En otra dirección, la técnica permite hacer un paro electivo del corazón, a fin de realizar una cirugía y posteriormente devolverle su funcionamiento normal. Estos hechos han motivado a una reflexión sobre la validez científica de los indicadores tradicionales de la muerte. De este modo, poco a poco fue permeando en el ámbito médico la identificación de la muerte clínica con el cese irreversible de la actividad encefálica considerada en conjunto.¹⁷ Se hizo necesario entonces, tener una serie de criterios para comprobar la pérdida irreversible de la totalidad funcional del encéfalo. De esta manera el concepto de muerte cerebral nace de la potencialidad de disociar temporalmente el proceso de lesión cerebral irreversible del paro cardiorrespiratorio.

Con la posibilidad de la realización de los trasplantes de órganos se favoreció la precisión legal de la muerte encefálica, basada en la desaparición irreversible de los signos vitales neurológicos sin necesidad de aguardar la desaparición de los signos vitales cardiacos. Por ello la necesidad de la certificación de la muerte encefálica en los casos de los trasplantes de órganos, y la **correcta aplicación de los criterios diagnósticos en estas situaciones condujo**

¹⁴ Josef Seifert. Is brain death actually death? En: The determination of brain death and relationships to human death. Pontificia Academia Scientiarum. 1989.

¹⁵ Baron, L. Shemie, S.D Teitelbaum, J;Doing, C.J. Brief review: history, concept and controversies in neurological determination of death. Canadian Journal of Anesthetics. 2000. 602-608.

¹⁶ Beckman,R. Determining death: is brain death reliable? En: P.A.Byrne, Finis vitae: brain death is not true death. Oregon: 2000. Life guardian foundation.

¹⁷ Bernat, J. The definition, criterion and statute of death. Seminars in Neurology, 1994:45-51.

a la necesidad del análisis, discusión y realización de un protocolo para la definición de la muerte por la destrucción del tallo encefálico, el cual una vez verificado da lugar a la autorización legal y ética para extraer los órganos de un cadáver, con fines de donación.¹⁸

Muerte encefálica

Tal y como ya se mencionó la muerte encefálica es el cese completo e irreversible de la actividad encefálica incluyendo las estructuras del tallo. Debido a que la aparente ausencia de la función cerebral no es suficiente para diagnosticar la muerte de la persona humana, se requieren pruebas de esta irreversibilidad. De ahí que si bien la muerte hasta hace algunas décadas era considerada como el cese de todas las funciones vitales. Se hizo necesaria una mejor definición de la muerte, surgiendo durante las últimas décadas el concepto de muerte encefálica. Según este criterio, se puede declarar clínicamente muerta a una persona aún si permanece con actividad cardiaca y ventilatoria gracias al soporte artificial en la unidad de cuidados intensivos, tal como ocurre con enfermos en estado de coma.¹⁹ Existen numerosas revisiones que han aportado datos científicos para la configuración de un protocolo al respecto en el mundo,^{20, 21} y, aunque existen algunas diferencias entre los protocolos utilizados en los distintos países, el siguiente protocolo diagnóstico de muerte encefálica se usa en la mayoría de los países con muy pocas modificaciones.²²

Prerrequisitos^{23, 24}

¹⁸ Browne, A. The ethics of organ donation after cardiocirculatory death: do the guidelines of the Canadian Council for donations and transplantation measure up? 2010 Open medicine.

¹⁹ Capron HM. Brain death: well settled yet still unresolved. *New England Journal of Medicine*. 2001; 1244-1246.

²⁰ Haup WF, Rudolf J, E.Bernard JL. "A defense of the whole-brain concept of death hastening in European brain death codes: a comparison of national guidelines". *Journal of Neurology* 2004. (246): 432-437.

²¹ E. Wijdicks, P.N. Varelas, G.S. Gronseth, and D.M. Greer. "Evidence based guideline update: The determining brain death in adults". *Report of the quality Standard Subcommittee of American Academy of Neurology*. *Neurology*. June 8, 2010; 74 (23):1911-1918.

²² K.Choi, V. Fredlad, C. Zachodni, J. Lammers, P. Bledsoe. "Helf brain death revisited: the case for a National Standard". *Law and Medicine*. *Ethics*, Dec 1, 2008;36 (4): 824-836.

²³ Machado-Curbelo C. ¿Defendemos una visión encefálica de la muerte? *Rev Neurol*. 2002; 35:387-96.

²⁴ Machado-Curbelo C. *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias

1. Paciente en coma profundo.
 - a) Ausencia total de movimientos espontáneos y falta de respuesta espontánea a cualquier estímulo.
 - b) Ausencia de rigidez de descerebración, de flexión de decorticación, convulsiones y calosfríos.

2. Paciente ventilado mecánicamente en modalidad controlada, por pérdida del automatismo respiratorio.
 - a) Ausencia de sospecha de falla respiratoria debida a bloqueo neuromuscular.

3. Existencia de una lesión encefálica capaz de producir daño irreversible, completamente documentada, y sin respuesta favorable a los tratamientos recomendados.

4. Ausencia de causas reversibles de depresión de la función encefálica, entre otras:
 - a) Hipotermia primaria. La temperatura rectal debe estar por encima de 33 grados Celsius durante más de 30 minutos. Y la axilar en 36.5
 - b) Shock. La tensión arterial sistólica debe estar por encima de 90 mm Hg y la media por encima de 70 mm Hg, durante más de 30 minutos, con un volumen de diuresis en la última hora superior a 50 ml.
 - c) Sospecha de coma debido a la acción de drogas depresoras del sistema nervioso central (alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, sedantes y otros).
 - d) Sospecha de coma de causa endocrino-metabólico (coma diabético, coma mixedematoso, etc).

En pacientes con destrucción mecánica encefálica, en quienes no sea posible descartar la presencia simultánea de causas reversibles de depresión de la función encefálica, la aplicación de exámenes paraclínicos confirmatorios del diagnóstico de muerte encefálica permite continuar la evaluación.

Hallazgos clínicos²⁵

Una vez verificado los anteriores pre-requisitos debe demostrarse el cese de la función cortical y tallo cerebral en forma irreversible para lo cual es necesario documentar los siguientes tres hallazgos clínicos cardinales (no está de más recalcar que estos deben establecerse en ausencia de todo efecto de medicación neurodepresora, sedante o relajante, en un paciente más o menos “estable” hemodinámicamente, sin alteraciones severas de la oxigenación, ni alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas severas, sin hipotermia severa y sin una condición neurológica que impida esta adecuada evaluación como síndrome severo de Guillain Barre o Miller-Fisher, síndrome de enclaustramiento, estado vegetativo, etc. (Exploración secuencial obligatoria).

1. Coma arreactivo

- a) Ausencia de respuesta ante estímulos aplicados en territorios inervados por nervios craneales.
- b) Ausencia de respuesta en territorios inervados por nervios craneales ante estímulos aplicados en cualquier parte del cuerpo.
- c) Ausencia de respuesta ante estímulos que requieren para su integración estructuras cerebrales o del tronco encefálico.
- d) Pueden estar presentes respuestas motoras y/o autonómicas en territorios de inervación espinal, ante estímulos aplicados en territorios espinales.

²⁵ Greer DM, Varelas PN, Haque S, Wijdicks EF. Variability brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions. *Neurology*. 2008; 22:284-9.

2. Ausencia de reflejos integrados en el tronco encefálico (cefálicos)

- a) Reflejo pupilar a la luz (foto motor y consensual).
- b) Reflejo corneal.
- c) Reflejo oculo cefalogiro (ojos de muñeca).
- d) Reflejo oculo vestibular.
- e) Reflejo nauseoso.
- f) Reflejo tusígeno.

3. Prueba de atropina negativa

- a) La frecuencia cardiaca no aumenta más de 5 latidos por minuto, sobre la frecuencia cardiaca previa, durante 10 minutos de observación continua posteriores a la administración de 2 mg endovenosos de atropina.

4. Apnea comprobada mediante la prueba de oxigenación apneica

- a) Apnea mantenida hasta que la paCO_2 alcance 60 mm Hg.
- b) Apnea mantenida durante 15 minutos, con volúmenes de ventilación previos normales, en ausencia de gasometría.
- c) En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con síndrome de distress respiratorio agudo está contraindicada la prueba de oxigenación apneica, y para llegar al diagnóstico se requerirá de pruebas confirmatorias instrumentales.

5. Test de Apnea²⁶

Deben realizarse siempre dos pruebas con un intervalo mínimo de seis horas, pero no es necesario realizar la segunda prueba si se dispone de un paraclínico confirmatorio. En la segunda prueba debe repetirse una evaluación neuro-

²⁶ Machado-Curbelo C, et al. Resolución para la determinación y certificación de la muerte en Cuba. Rev Neurol (España) 2002 (en prensa).

lógica completa. Teniendo en cuenta que el resultado de éstas pruebas puede ser fallido, positivo o negativo.

Prerrequisitos de la prueba de apnea.²⁷

- a) Temperatura corporal debe ser mayor de 36.5°C (Se requiere una temperatura mayor que la necesaria para la evaluación general de muerte encefálica [32°C]).
- b) Tensión arterial sistólica mayor de 90 mmhg y estable (La inestabilidad hemodinámica debe corregirse antes).
- c) Euvolemia. Debe comprobarse la normovolemia preferiblemente con la medición de la presión venosa central o la presión en cuña. La hipovolemia desencadena hipotensión durante la prueba.
- d) Normocapnia y normoxemia: Debe realizarse la medición de gases arteriales previos a la prueba de apnea y después de haber corregido los valores alterados antes de iniciar la prueba.

Es indispensable que las evaluaciones clínicas (incluidas las pruebas de apnea) sean dos como mínimo y estén separadas por un intervalo de por lo menos seis horas. Las evaluaciones deben ser efectuadas por dos especialistas diferentes (uno de ellos debe ser Neurólogo o Neurocirujano y el otro preferiblemente el intensivista), que no tengan relación con el equipo de trasplantes en el caso de que el paciente sea donante de órganos.²⁸

Una vez que se ha hecho el diagnóstico de muerte encefálica el paciente es considerado legalmente un cadáver y se debe proceder como tal, incluso realizar resumen de egreso (epicrisis) y expedirse certificado de defunción si

²⁷ Machado-Curbelo C. Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica. Op. Cit.

²⁸ Fuenzalida PKL. Trasplantes de órganos y tejidos. La respuesta legislativa en América Latina. Bol of Sanit Panam 1990;108(5-6):445-463.

no requiere autopsia médico-legal. En caso de ser un donante de órganos, es lícito mantener estos aún en el cadáver por medios artificiales (soporte cardiopulmonar artificial) hasta que sean removidos por el equipo de trasplantes. El tiempo de que se dispone para realizar esta remoción es corto debido a la autólisis que pueden sufrir los tejidos en el paciente con muerte encefálica.²⁹

Circunstancias especiales

Existen algunas circunstancias especiales en las que no pueden cumplirse estrictamente los pasos anteriormente expuestos, tal es el caso de recién nacidos, lactantes y niños menores de 5 años de edad.³⁰

Menores de 5 años	De 7 a 60 días de edad	En menores de 7 días
El paraclínico confirmatorio es requerido. De 2 a 12 meses de edad el intervalo debe ser de 24 horas como mínimo.	El intervalo debe ser de 48 horas como mínimo.	El diagnóstico de muerte encefálica no es aplicable.

En estos casos el diagnóstico clínico se basa en los mismos criterios que en los adultos, aunque con algunas peculiaridades. La exploración neurológica en neonatos y lactantes pequeños debe incluir los reflejos de succión y búsqueda. En neonatos, especialmente los pretérminos, la exploración clínica debe repetirse varias veces, ya que algunos reflejos del tronco pueden no haberse desarrollado o ser de incipiente aparición, lo que hace a estos reflejos muy vulnerables.

El período de observación varía con la edad y con las pruebas instrumentales realizadas:³¹

1. Neonatos pretérminos: Aunque no existen recomendaciones internacio-

²⁹ Idem.

³⁰ Stawom D, Lewison L, Marks J, Turner G, Levin D. "Brain death in pediatric intensive care unit patients: Incidence, primary diagnosis, and the clinical occurrence of Turner's triad". *Crit Care Med* 2004; 22:1301-5.

³¹ Rowland TW, Donnelly JH, Jackson AH, Jamroz SB. Brain death in the pediatric intensive care unit. A clinical definition. *Am J Dis Child* 1983; 137: 547-50.

nalmente aceptadas, se deben realizar dos exploraciones clínicas y dos electroencefalogramas separados por al menos cuarenta y ocho horas. Este período de observación puede reducirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre ausencia del flujo sanguíneo cerebral.

2. Recién nacido a término hasta dos meses: Se deben realizar dos exploraciones clínicas y dos electroencefalogramas separados por al menos cuarenta y ocho horas. Este período de observación puede reducirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre ausencia del flujo sanguíneo cerebral.
3. Desde dos meses a un año: Dos exploraciones clínicas y dos electroencefalogramas separados por al menos veinticuatro horas. La segunda exploración clínica y el electroencefalograma pueden omitirse si se demuestra por medio de una prueba diagnóstica la ausencia de flujo sanguíneo cerebral.
4. Entre uno y dos años: Dos exploraciones clínicas separadas por doce horas (en presencia de lesión destructiva) o veinticuatro horas (coma por encefalopatía anóxica isquémica). Estos períodos de observación pueden reducirse si se dispone de una prueba diagnóstica adicional.

Drogas y estados patológicos que afectan la función neuronal

En sospecha o evidencia de algunas drogas que afectan la función neuronal, como Anticolinérgicos, Bloqueadores Neuromusculares, Ototóxicos, Sedantes, Anticonvulsivantes, Antidepresivos Tricíclicos, etc.; o ante la presencia de enfermedades neurológicas como síndrome de Enclaustramiento, síndrome de Guillain Barré, síndrome de Miller Fisher, Lesión Pontina, Estado Vegetativo Persistente, Ceguera, estados de congelamiento o catatonia, etc.; es importante tener en cuenta la limitación que está ofreciendo la droga, tóxico o enfermedad a la evaluación clínica y proceder de acuerdo a esto (en algunos

casos el diagnóstico clínico de muerte encefálica no podrá llevarse a cabo.³²

Exámenes paraclínicos confirmatorios de muerte

El diagnóstico de muerte encefálica es eminentemente clínico, pero existen algunos paraclínicos,^{33, 34, 35} confirmatorios que ayudan a confirmar el diagnóstico. Un examen paraclínico se considera positivo cuando respalda el diagnóstico de muerte encefálica y negativo cuando no (es decir, cuando el resultado es normal). En orden de importancia son:³⁶

- a) Gammagrafía con Tecnecio 99 HMPAO (SPECT), considerado el paraclínico más confiable por cuanto nos da información acerca del metabolismo neuronal. Si se realiza correctamente la ausencia de captación parenquimatosa proporciona un diagnóstico definitivo de ausencia de flujo sanguíneo encefálico y por lo tanto de muerte encefálica.
- b) Angiografía por radionúclidos y Angiografía de 4 vasos, las cuales demuestran la ausencia de flujo sanguíneo cerebral en la muerte encefálica. Sin embargo, pueden presentarse falsos positivos debido a que si existe flujo sanguíneo en el bulbo raquídeo este puede no verse en este examen; y falsos negativos, ya que la presencia de circulación intracraneana no excluye el diagnóstico de muerte encefálica.
- c) Doppler o ultrasonido transcraneal. Este último ha cobrado popularidad recientemente debido a su facilidad de uso y a que es un método no invasivo.
- d) Electroencefalograma. Este registra la actividad eléctrica del cerebro, y ha

³² Wijdicks EFM. The diagnosis of Brain Death. *N Engl J Med* 2001; 344:1215-21.

³³ Hodelín-Tablada R, Fuentes-Pelíer D. "Electroretinograma y potenciales evocados visuales en la muerte encefálica". *Rev Neurol (España)* 2000;31(6):593-599.

³⁴ Lampl Y, Gilad R, Eschel Y, Boaz M, Rapoport A, Sadeh M. "Diagnosing Brain Death Using the Transcranial Doppler With a Transorbital Approach". *Arch Neurol* 2002;59:58-60.

³⁵ Abós D, Banzo J, García F, Prats E, Escalera T, Razola P. "Importancia de las proyecciones laterales en el diagnóstico de muerte encefálica". *Rev Esp Med Nucl* 2002;21:36-7.

³⁶ Hodelín-Tablada R, Fuentes-Pelíer D. "Diagnóstico clínico de la muerte encefálica y empleo del doppler transcraneal". *Rev Neurol (España)* 2002;34(12):1998-200.

sido popular durante muchos años y todavía se usa en muchos países como paraclínico confirmatorio de primera elección, pero, presenta una utilidad muy limitada en relación a la aplicación de la técnica y la magnitud del daño encefálico, dando como resultado muchos falsos negativos y falsos positivos reportados.

- e) Espectroscopia por resonancia magnética. Es muy costoso, poco práctico y con bastantes falsos positivos y falsos negativos.
- f) Tomografía por emisión de positrones. Excesivamente costoso y poco práctico.
- g) Potenciales evocados auditivos, visuales y somatosensoriales. Registran la actividad sensorial. Son muy utilizados, por su alta especificidad y sensibilidad.

Es muy importante recalcar que ninguno de estos exámenes paraclínicos “hace” diagnóstico de muerte encefálica, ni son requeridos para su diagnóstico (a menos que el fallecido sea un donador de órganos), pero pueden ayudar al médico para dar soporte a su diagnóstico. La Academia Americana de Neurología recomienda practicarlos solo en casos de falta de certeza clínica.

El diagnóstico de muerte en la legislación mexicana

Desde la perspectiva jurídica, que basa su articulado en el supuesto médico, no se presenta ningún problema de congruencia, puesto que la Ley General de Salud Mexicana vigente, contempla satisfactoriamente la definición de muerte encefálica aceptada médicamente, así como los lineamientos éticos necesarios para validar el acto: consentimiento informado, razonable seguridad, principio terapéutico y no comercialización. Los presupuestos de los que parte de ley se apoyan en la idea kantiana del cuerpo como cosa no comerciable

y de la dignidad de la persona.³⁷

Así el diagnóstico de pérdida de vida descansa sobre bases médicas, siendo éstos los peritos responsables de esta función. Para fines legales los parámetros serán los que se encuentran en el título XIV, capítulo IV, “Pérdida de la vida” de la Ley General de Salud vigente:³⁸

Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte encefálica, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a) La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de los reflejos del tallo encefálico, y;
 - d) El paro cardíaco irreversible.

La Ley realiza una consideración con base científica en la medicina, otorgando un parámetro diferente en el caso de trasplantes, donde no se incluye la necesidad de paro cardíaco irreversible, sino la verificación de muerte encefálica.³⁹

Artículo 344. La muerte encefálica se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y;
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo encefálico, manifestado por arre-

³⁷ Casa Madrid Mata, O., “Disposición del cuerpo humano”, *Medicina y Ética*, 6(4), 1995, 472-487.

³⁸ Ley General de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias, 28 de abril del 2000, Título decimocuarto, “Control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humano”, 16a. ed., México, Porrúa, 2000.

³⁹ Conatra, Manual explicativo de las modificaciones a la Ley General de Salud, título XIV, Donación, trasplantes y pérdida de vida, México, abril de 2001.

flexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía encefálica bilateral que demuestre ausencia de circulación encefálica, o
- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica encefálica en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte encefálica comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

La legislación mexicana se encuentra acorde con los lineamientos de consentimiento informado y tácito en el caso de trasplante intervivo, y de tácito o presunto en el in mortis, delegando la responsabilidad de la decisión a los disponentes secundarios.

El concepto de muerte encefálica obliga a trasladar la competencia de una experiencia humana tan elemental como es el encuentro con la muerte, a una instancia científica. Esta acción plantea el problema de los diferentes horizontes de comprensión del mundo humano generalmente experimentable y del conocimiento científico. Ciertamente, aun así, que la comprensión científica tiene una

base irrenunciable en la experiencia humana general. Quien en cada caso vive o muere, no es un organismo, sino este o aquel hombre determinado. La ciencia se encarga, legítimamente, sólo del cuerpo humano como organismo vivo. Esta es una reducción consciente, que también debiera permanecer consciente, ya que la vida no es una propiedad del organismo, ni tampoco una propiedad del hombre, sino su forma de existencia, el cuerpo humano es el medio esencial de la existencia humana, por eso el hombre deja de existir con la pérdida de la unidad íntegra de su cuerpo.

Breve glosario médico

Anticolinérgicos: son medicamentos que producen disminución de la reactividad del músculo liso.

Apnea: cese completo de la respiración de al menos 20 segundos de duración.

Atropina: droga que estimula el SNC y después lo deprime; tiene acciones antiespasmódicas sobre músculo liso y reduce secreciones, especialmente salival y bronquial; aumenta la frecuencia cardíaca.

Bloqueo neuromuscular: bloqueo con drogas que inhiben la transmisión neuromuscular a nivel de la sinapsis neuromuscular, causando parálisis del músculo esquelético afectado.

Cerebro: El cerebro humano es el centro del sistema nervioso, se encuentra protegido por el cráneo. La mayor parte lo constituye la corteza cerebral, una capa de tejido neuronal plegado. Especialmente amplios son los lóbulos frontales, que están asociados con funciones ejecutivas, tales como el autocontrol, la planificación, el razonamiento y el pensamiento abstracto.

Coma diabético: es una urgencia médica en la que la persona con diabetes está inconsciente debido a que su nivel de glucosa en sangre (glucemia) es demasiado alto o demasiado bajo. Si el nivel de glucosa está muy bajo, la persona tiene una

hipoglucemia y si el nivel es muy alto, tiene hiperglucemia.

Decorticación y descerebración: Son posturas corporales anormales que significan que ha habido daño grave al cerebro.

Descerebración: Implica mantener extendidos los brazos y las piernas, los dedos de los pies apuntando hacia abajo y la cabeza y el cuello arqueados hacia atrás. Los músculos se tensionan y se mantienen rígidos. Este tipo de postura por lo general significa que ha habido daño grave al cerebro. La causa usual de la postura de descerebración es una lesión cerebral severa a nivel del tronco encefálico.

Diuresis: es la secreción de orina tanto en términos cuantitativos como cualitativos. También se define como la cantidad de orina producida en un tiempo determinado.

Esclerótica: Coloquialmente a la parte anterior y visible de la esclerótica se le llama la parte blanca del ojo.

Estado de coma: en medicina, el coma (significa “sueño profundo”) es un estado grave de pérdida de conciencia, que puede resultar de una gran variedad de condiciones incluyendo las intoxicaciones (drogas, alcohol o tóxicos), anomalías metabólicas (hipoglucemia, hiperglucemias), enfermedades del sistema nervioso central, ACV, traumatismo cráneo-encefálico, convulsiones e hipoxia. Las causas metabólicas son las más frecuentes.

Gasometría: es una técnica de monitorización respiratoria invasiva que permite, en una muestra de sangre arterial, determinar el pH, (potencial hidrógeno) las presiones arteriales de oxígeno y dióxido de carbono y la concentración de bicarbonato.

Hipotermia: se define como el descenso de la temperatura corporal por debajo de los 35°C, momento en el cual los mecanismos compensadores del organismo para mantener la temperatura del cuerpo comienzan a fallar.

Mixedema: es una enfermedad que se caracteriza por una alteración de los

tejidos por presentar un edema (acumulación de líquido) causada por una producción insuficiente de hormonas tiroideas.

Normocapnia: (De *norma*, y del griego *kapnos*, vapor). Tasa normal del ácido carbónico en la sangre. Ver concentración o contenido de la sangre en gas carbónico (incluido en concentración).

Normoxemia: Contenido normal de oxígeno en la sangre.

Shock: en medicina es un estado anormal ocasionado por insuficiente circulación sanguínea que ocasiona graves desórdenes del sistema circulatorio, con pérdida de la conciencia y temperatura corporal conduciendo a la muerte.

Síndrome de Guillan Barré: es un trastorno poco común que hace que el sistema inmunitario ataque el sistema nervioso periférico. Los nervios del sistema nervioso periférico conectan el cerebro y la médula espinal con el resto del cuerpo. La lesión de estos nervios dificulta la transmisión de las señales. Como resultado, los músculos tienen problemas para responder a las señales del cerebro. Nadie conoce la causa de este síndrome. Algunas veces, es desencadenado por una infección, una cirugía o una vacuna.

Síndrome de Miller Fisher: es la forma más frecuente entre las formas no clásicas (variantes) del síndrome de Guillain-Barré.

Volemia: es un término médico que se refiere al volumen total de sangre circulante de un individuo humano o de otra especie, que es de aproximadamente de 5-6 litros (humanos), dependiendo del individuo.



DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Luis A. Meixueiro Daza

Durante la segunda mitad del siglo XX, se logró la realización de uno de los avances médicos más esperados por la humanidad: el trasplante de órganos de un individuo a otro. Gracias a los avances científicos y tecnológicos se pudo acceder a una terapia que ha demostrado ser la mejor opción para preservar y mejorar la calidad de vida de algunos enfermos. Sin embargo, el uso de esta nueva acción terapéutica trae consigo un sinfín de cuestionamientos sobre lo que es correcto o incorrecto al momento de obtener y distribuir los órganos y tejidos.

Revisemos algunos conceptos:

Un trasplante puede definirse como el acto de transponer e integrar órganos, tejidos o células de una parte del cuerpo a otra o de un ser humano a otro, con el fin de reponer la función deficiente o nula de los mismos órganos, tejidos o células.

El trasplante alogénico es el que ocurre entre individuos de la misma especie pero genéticamente diferentes. Es el que se conoce de manera más común y el que ocupa la atención de los análisis bioéticos. El trasplante isogénico se refiere a aquel que ocurre entre individuos con la misma información genética, como los gemelos idénticos.

Un órgano es la entidad morfológica compuesta por diferentes tejidos que se agrupan para realizar el mismo trabajo fisiológico, el cual representa una función necesaria para la vida. Los órganos que se trasplantan son corazón, hígado, riñón, páncreas y pulmón. Un tejido es la entidad morfológica que se compone de la agrupación de células especializadas que realizan una misma función. Asimismo en relación a este último, éste podrá ser de tejido simple o compuesto, entendiéndose por trasplante de tejido simple, aquél que se realiza de un sólo tejido (cornea), y de tejido compuesto, aquel trasplante que se realiza de diferentes tejidos músculo-esquelético, utilizando o no anastomosis vasculares, entre los que se encuentran los de extremidades y cara.

Dimensión bioética de la donación y el trasplante

Los procesos de donación y trasplante son sujetos de análisis éticos ya que deben garantizar tanto la calidad clínica de las intervenciones terapéuticas y la confiabilidad de la toma de decisiones.

Se han generado diversos documentos y guías internacionales como son el Código de Nuremberg, Declaración de Helsinki, Informe Belmont, Convenio para la protección de derechos humanos con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, entre otros, donde se establecen diversos principios éticos que protegen y rigen el proceso de toma de decisiones para la realización de investigaciones y procedimientos terapéuticos en seres humanos tal como se puede observar dentro del proceso de la donación y trasplante.

Uno de estos principios es la autonomía, se refiere a la capacidad de un individuo competente y bien informado para tomar decisiones respecto a su cuerpo. Un individuo tiene el derecho a decidir si desea o no donar sus propios órganos y tejidos, así como decidir si acepta o no que se le trasplante un órgano o tejido. Mención especial debe tener la capacidad de donar los órganos o tejidos de un familiar que haya perdido la vida. Bajo ninguno de estos

casos debe existir coerción, manipulación, engaño ni se debe ejercer una autoridad médico-científica para lograr que un individuo done o reciba un órgano.

El principio de beneficencia, se refiere a la obligación de pensar primero en los intereses y necesidades de los individuos, maximizando los beneficios y minimizando cualquier riesgo que pueda existir. Desde este enfoque, el trasplante es una acción terapéutica que puede aumentar y mejorar la calidad de vida del paciente y, por tanto, actuar en su mejor beneficio. En el área de la salud no se puede hablar de beneficencia sin dejar de mencionar el principio de no-maleficencia, el cual alude a la obligación que tiene el médico de no infringir daño al individuo de manera intencionada. Aunque éste aparenta ser un concepto simple, en el caso de la donación y el trasplante suele haber conflictos para su implementación, pues para algunos individuos el beneficio de un trasplante puede ser superado por los riesgos que conlleva someterse a una intervención quirúrgica.

El principio de la justicia, deberá de ser abordado desde el aspecto de justicia distributiva, donde todos deben de tener acceso a la terapéutica e imparcialidad de los beneficios resultantes de una investigación o, en este caso, de los trasplantes. Por ejemplo, en la selección de pacientes que pueden ser candidatos a recibir un trasplante o a ser donadores, en la distribución y la asignación de órganos y tejidos y, a la asignación de recursos económicos para realizar trasplantes. No debemos de dejar de tomar en cuenta que un factor importante dentro de cualquier sistema de salud, se basa en la importancia que se da a los tres niveles de atención: la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, el dilema surge en el momento de dar asignar el recurso económico y la prioridad que se le da a dichos niveles, tomando en cuenta el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles o la sustentabilidad de tratamientos crónicos de alto costo.

Uno de los grandes problemas en la actualidad en materia de trasplante es

la escasez de donadores que existe a nivel mundial, lo que ha llevado al desarrollo de propuestas y acciones para obtener, distribuir y asignar los órganos y tejidos de la manera más equitativa posible.

Situación actual en México

De acuerdo a datos publicados por el Centro Nacional de Trasplantes al 31 de diciembre de 2015 se contabilizaron en México 7,228 pacientes en espera de una córnea, 12,095 pacientes en espera de un riñón, 357 en espera de un hígado y 49 en espera de un corazón para trasplante. La suma de estos apartados asciende a 19,729 pacientes registrados en espera de un órgano y/o tejido. Se debe aclarar que esta cifra se refiere solo a los pacientes diagnosticados que tienen acceso a los servicios de salud públicos o privados dentro del territorio nacional y no contabiliza a los mexicanos que padecen alguna enfermedad que necesitan de un trasplante, pero que no han sido identificados o no cuentan con atención médica.

En el mismo 2015, se realizaron 3,473 trasplantes de córnea, 2,770 trasplantes de riñón, 147 trasplantes de hígado y 38 trasplantes de corazón, sumando 6,428 trasplantes en toda la República Mexicana. Durante 2014, finalizó con un total de 19,038 pacientes registrados en espera. Es decir, que durante el año 2015 hubo aproximadamente más de 7,000 nuevos pacientes registrados a nivel nacional, superando a la cantidad de trasplantes realizados en el mismo periodo, lo que genera una oferta menor a la demanda.

Para satisfacer las necesidades de trasplante existen dos tipos de donación: de donador fallecido y de donador vivo.

En 2015 hubo 1,948 donaciones concretadas de personas fallecidas, 262 más que en el 2014. Esto quiere decir que las actividades de difusión de la cultura de la donación, la capacitación e incorporación de personal médico, sumado a la disposición de las diferentes autoridades involucradas se ha reflejado en un

impacto positivo en las diferentes instituciones de salud a nivel nacional, pero no lo suficiente para atender la demanda ya citada anteriormente.

Los donadores vivos contribuyeron con 1,960 trasplantes de riñón y 4 trasplantes de segmento de hígado. En el caso del riñón, esto representó el 70.7% del total de trasplantes renales realizados en 2015.

Asimismo, las instituciones proveedoras de servicios de salud difieren en número de donaciones concretadas y trasplantes realizados. En cuanto a las donaciones, durante el 2015, el 90% del total se dio en instituciones públicas (IMSS, SSA, etc.) y 10% en el sector privado. En materia de trasplantes, las instituciones públicas también llevan la mayor cantidad de intervenciones de riñón, hígado y corazón, exceptuando el trasplante de córnea, donde en instituciones privadas se realizó la mayoría de estos procedimientos.

Es evidente que la situación actual requiere de una atención especial en el tema, para poder formular un análisis dirigido a las problemáticas que se generan al momento de obtener órganos y tejidos para trasplante. Cada situación tiene particularidades y dilemas éticos que deben discutirse y considerarse para poder satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad.

Donación de persona fallecida

Para que pueda existir la donación después de la muerte primero se tiene que establecer cuáles personas son consideradas vivas y cuáles muertas. A finales de los años sesenta se comenzó a desarrollar el concepto de muerte encefálica, para el cual un individuo debe cumplir una serie de criterios clínicos específicos, que indiquen la ausencia total e irreversible de las funciones cerebrales y que ésta sea confirmada con diferentes pruebas de carácter objetivo e irrefutable. A pesar de que con este nuevo concepto se buscaba intencionalmente disminuir la cantidad de personas en coma irreversible –mantenidas con respiración artificial– en las salas de cuidados intensivos y además obte-

ner órganos ideales para ser trasplantados –lo cual parece moralmente incorrecto–, no quiere decir que sea totalmente inadecuado. Diversas discusiones éticas, médicas, religiosas y hasta lingüísticas han ido adecuando la definición de muerte encefálica para que sea la más aceptada de manera universal, resultando en posturas a favor y en contra del concepto. Con el tiempo los criterios de muerte encefálica han sido incluidos en la normativa nacional y en la mayoría de las legislaciones internacionales para declarar a una persona jurídicamente muerta. Esto gracias a que, al no violentar –en mayor medida– las convicciones éticas de la sociedad, no parece haber razones para rechazar la muerte encefálica como concepto jurídico de muerte.

Una vez que se tiene certeza que un individuo está legalmente muerto ¿en qué momento se convierte en donador? Para poder obtener los órganos o tejidos de un ser humano que acaba de fallecer, por lo que es necesario contar con un diagnóstico que no involucre riesgo sanitario y un consentimiento informado por parte de los familiares del donante. El consentimiento es la base ética de cualquier intervención médica y la expresión de la autonomía. En primer lugar, el derecho a consentir la donación le pertenece a la misma persona, que en vida puede pronunciarse a favor o en contra del proceso.

Si una persona ha muerto ¿por qué se deben tomar en cuenta sus deseos después de la muerte? Todos tenemos intereses póstumos y nos gustaría que fueran tomados en cuenta una vez que perdamos la vida. Debido a ello comunicamos dichas decisiones a familiares con el objetivo de que serán llevadas a cabo.

Desde el inicio de la historia de la donación de órganos, hasta la actualidad, han existido diversos modelos de consentimiento, tanto en la teoría como en la práctica, que expresan el derecho a la toma de decisiones a diversos participantes involucrados en el proceso.

Legalmente existe el consentimiento expreso y el consentimiento tácito. El

consentimiento expreso supone que el individuo no es donador a menos que en vida y de manera explícita haya autorizado donar. El consentimiento tácito presupone que el individuo es donador, a menos que de manera explícita se haya expresado en contra de la donación cuando estaba vivo.

El consentimiento también puede ser absoluto o restringido. Es absoluto cuando ningún individuo puede modificar el hecho de que el fallecido sea o no donador, incluso en el consentimiento tácito. Es restringido cuando otras personas, principalmente los familiares más cercanos, pueden modificar el deseo póstumo de ser o no donador. De esta manera puede suceder que, si el consentimiento es tácito, la familia puede negarse a autorizar la donación.

A su vez, el consentimiento puede ser universal o condicionado. Es decir, cuando el donador no puede establecer condiciones especiales para su donación se establece que es un consentimiento universal. Es un consentimiento condicionado si el donador o su familiar decide a qué institución o a qué personas van a asignar sus órganos.

En diferentes países del mundo se han utilizado estos modelos en diferentes combinaciones, con mayor o menor éxito en cuestión de aceptación y en número de donaciones concretadas.

Con el fin de crear un ambiente jurídico favorable en beneficio del proceso de donación en México, a principios del siglo XXI se estableció en la Ley General de Salud que todos los mexicanos son donadores tácitos, a menos que hayan manifestado su negativa en vida y siempre y cuando los familiares más cercanos también acepten la donación. Así se logra tener a una mayor cantidad de donadores potenciales, sin necesidad de que obligatoriamente tenga que existir un consentimiento expreso en favor de la donación por parte del individuo fallecido. Puede decirse que en México, teóricamente, existe un consentimiento tácito-condicionado-restringido ya que todos somos donantes a menos de que en vida hayamos expresado lo contrario, la ley permite que

podamos elegir las condiciones en que se realizará la donación (como qué órganos se tomarán y a quién irán destinados) y además, nuestros familiares tienen derecho de decidir entre aceptar o no la donación. La importancia que tiene la entrevista a la familia con el objeto de la donación de órganos y/o tejidos tiene dimensiones éticas y moralmente correctas para la toma de decisiones y por ende respetar en la mayor medida posible la voluntad del individuo fallecido. No se puede confirmar que la decisión de la familia sea la misma que la de la persona muerta, pero ya que el cuerpo tiene un significado invaluable para ellos, lo correcto es siempre respetar su decisión.

Dentro de la normativa aplicable a nivel nacional e internacional con la finalidad de proteger a los grupos vulnerables, como son los pacientes con discapacidad intelectual, menores de edad o u otras que por cualquier circunstancia se encuentren impedidas para expresarse de manera libre, el consentimiento tácito o el expreso no son considerados válidos, por lo tanto está prohibida llevarse el proceso de donación, salvo en el caso de los menores de edad que hayan perdido la vida, solo se pueden obtener sus órganos y tejidos con el consentimiento expreso de sus representantes legales.

Del mismo modo, en casi todos los países, la donación está basada en el altruismo y la generosidad. Ni el donador ni la familia reciben algo a cambio por los órganos o tejidos donados, sino solo la satisfacción de ser solidarios con otros seres humanos para ayudarlos a tener una mejor calidad de vida. Tampoco al receptor se le exige algo a cambio por los órganos o tejidos recibidos.

Otro punto a observar y analizar es el derecho a la confidencialidad del que debe gozar tanto el donador como el receptor. El donador no debe conocer la identidad del receptor y viceversa, ya que se estaría atentando contra la intimidad de los individuos y sus familias. Debido al riesgo, en algunos casos, de convertirlos en víctimas de acoso o violencia. Es obligación del personal de

salud involucrado en el proceso de donación-trasplante mantener el anonimato de los pacientes, principalmente cuando se dan a conocer los logros técnicos de un trasplante de manera pública en medios de comunicación masivos con el fin de difundir y promover la cultura de donación.

Ya que el altruismo y la generosidad son valores primordiales de diferentes cultos religiosos, casi todas las religiones están a favor de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

Siendo México un país en su mayoría católico, cabe mencionar que la donación de órganos es respaldada y expresamente aprobada por el papa Juan Pablo II a finales del siglo XX. Y no solo la donación cadavérica, sino también la donación en vida, ya que se expresa caridad y solidaridad por el prójimo. En su discurso en junio de 1991, el Sumo Pontífice enunció: "Para los cristianos, la oferta de Jesús de sí mismo es el punto de referencia fundamental y la inspiración de amor que mueve a una persona a donar un órgano, el cual es una manifestación de solidaridad generosa, más elocuente aún en una sociedad que ha llegado a ser excesivamente utilitarista y menos sensible al dar con generosidad". También dijo: "Tampoco los receptores de un órgano trasplantado deberían olvidar que están recibiendo un regalo único de otra persona: el regalo de sí mismo hecho por el donador, un regalo que debe ser considerado como la forma auténtica de solidaridad humana y cristiana".

La distribución y la asignación

Ahora bien, una vez que se procuran órganos y tejidos obtenidos de un donador ¿a quién le serán trasplantados?

Existen diversos dilemas éticos en el proceso de distribución y asignación. Estos dilemas pueden surgir desde que se elige a las personas candidatas a recibir un trasplante con el fin de mejorar la cantidad y calidad de vida y terminar en la asignación final de los órganos y tejidos.

Para seleccionar a una persona candidata a recibir un trasplante, es decir, aceptarla dentro de un registro de pacientes en espera de un órgano y/o tejido, se suelen requerir distintas condiciones específicas. Son generalmente los criterios médicos, administrativos, legales y éticos los que se utilizan para seleccionar a una persona como candidata, sin embargo diversos factores llegan a afectar el procedimiento de trasplante para que este llegue a concretarse, como son las situaciones geográficas, económicas o sociales.

Para tomar las decisiones sobre la selección de pacientes en un programa de trasplante, así como para la distribución y asignación de órganos, se suelen utilizar principalmente dos enfoques éticos: el utilitarismo y el deontologismo. El utilitarismo defiende que hay que maximizar la utilidad de los bienes, en este caso, maximizar el bienestar global de los pacientes con la óptima distribución de los órganos para trasplante. El deontologismo hace referencia al merecimiento que puede tener una persona, no a la maximización de su bienestar, como el derecho a recibir un trasplante que genera la antigüedad en una lista de espera. Generalmente, se utiliza una combinación de ambos enfoques para la toma de decisiones y deben generarse debates entre lo que parece ser lo más correcto y lo menos correcto.

A continuación hablaré de algunos criterios que se consideran médicos y no médicos, que también pueden ser usados como criterios de distribución.

La edad es un criterio médico, ya que tomándola en consideración se puede realizar o no un trasplante. Entre mayor sea la edad, mayor pueden ser las complicaciones que puede desarrollar el paciente y por consecuencia, el beneficio puede no ser el ideal. En algunas regiones no se consideran candidatos a trasplante, pacientes que rebasan cierto límite de edad, cuando en otros lugares sí los incluyen. Es algo que solo el médico puede dictaminar. También la edad se considera un criterio de distribución. Por ejemplo, si se obtiene un órgano de un individuo de 16 años ¿se le debe trasplantar a un paciente de

edad similar o a un adulto de 65 años? Generalmente, el menor de edad tiene la preferencia, ya que se busca que órganos de donaciones pediátricas se dirijan a esa misma población. Desde un punto de vista utilitarista, se estaría dando el máximo beneficio a un ser humano que tiene grandes posibilidades de obtener el máximo beneficio del órgano. El enfoque deontológico diría que el niño merece vivir más, pues no ha vivido los años del señor mayor, lo que lleva a reflexionar sobre los dilemas que surgen en este tipo de criterios de distribución.

La urgencia también funge como criterio médico para la inclusión de pacientes en las listas de candidatos. Las urgencias de trasplante suelen ser por disfunción de órganos vitales como el corazón y el hígado, para los cuales no hay una terapia sustitutiva efectiva como la que tiene el riñón (diálisis, hemodiálisis). Es decir, se encuentran en una condición médica tan crítica, que la única manera de salvar su vida es con un trasplante. Ahora, desde un punto de vista meramente utilitarista, trasplantar a una persona en esas condiciones no maximiza el bienestar global de la población. Se han reportado casos donde los pacientes están tan deteriorados que mueren a los pocos días de la cirugía de trasplante o pueden requerir de más trasplantes para sobrevivir. Es decir, se estarían utilizando órganos que probablemente beneficiarían mucho más a otra persona candidata en mejores condiciones clínicas y, por lo tanto, salvar más vidas. Por otra parte ¿por qué se debe negar la oportunidad de trasplante a una persona que tiene urgencia? Su vida tiene el mismo valor que cualquier otro individuo y se debe buscar su bienestar. La discusión en este tema está vigente. En México está bien establecida en su marco jurídico, la prioridad que tienen los pacientes con urgencia de trasplante. La distribución de los órganos satisface primero las necesidades de urgencia a nivel nacional.

Otro criterio médico muy importante es el de la compatibilidad. Cuando se trasplanta un órgano, el cuerpo del receptor puede rechazarlo, pues lo identi-

fica como un objeto extraño. El sistema inmune no reconoce el órgano nuevo y desata una cascada de reacciones defensivas encaminadas a destruirlo. Es por eso que se busca que los tipos sanguíneos entre donador y receptor sean compatibles. Y también se busca que otros genes y proteínas que forman parte del organismo del donador sean lo más parecidas posibles a los genes y proteínas en el receptor, con el fin de que la probabilidad de rechazo sea mucho menor y que con la utilización de los medicamentos inmunosupresores (que estabilizan la reacción del sistema inmune) se consiga la mayor sobrevivencia del órgano. Es por esta razón que también se trata de un criterio distributivo, pues los órganos que tienen cierto tipo de genes se asignan a pacientes con la mayor compatibilidad posible para maximizar el beneficio, en detrimento de otros individuos que podrían beneficiarse también del trasplante. Este es uno de los principales criterios que se utilizan en todo el mundo para distribuir los órganos, principalmente los riñones.

Entre los criterios no médicos podemos encontrar el lugar geográfico y el tiempo de espera, entre otros. Cuando se obtiene un órgano, lo más común es que se busque un receptor que sea de la misma región, ciudad o estado. Como disminuyen los tiempos de traslado y el grado de deterioro del órgano, parece que el uso de este criterio ha magnificado la eficiencia del proceso donación-trasplante en muchas partes del mundo. Es preciso mencionar que esta medida puede generar desigualdad, ya que existen regiones con muchos pacientes candidatos a trasplante, pero donde no hay suficientes órganos donados para satisfacer la demanda local, ya sea por falta de infraestructura o de programas de donación eficientes.

En México hay una situación especial: la división del sistema de salud. Existe el sector privado y el sector público. Este último está dividido en diferentes instituciones (IMSS, ISSSTE, etc.) financiadas principalmente por el Estado. La distribución de órganos y tejidos se hace siguiendo el orden establecido en la

reglamentación oficial: primero, se busca receptor en el hospital donde se generó la donación, si no hay, se procede a buscar candidatos dentro de las listas de la misma institución a la que pertenezca el hospital (buscando candidatos en hospitales de todo el país). Si no hay candidatos, sigue buscar en cualquier hospital público en la entidad federativa donde se haya dado la donación. Si nuevamente no hay candidatos, se termina por buscar en cualquier hospital de otra institución a nivel nacional. Como sabemos, los órganos no tienen un costo monetario, pero se necesita un recurso para poder llevar a cabo el proceso de su obtención y traslado, ya que el financiamiento es dado por cierta institución se suele priorizar a los pacientes de la misma para que el recurso otorgue el máximo beneficio a su grupo de pacientes. Ante la escasez de órganos y recursos, esta parece ser la acción más óptima.

Por último tenemos al tiempo de espera, el cual es uno de los criterios más utilizados y aceptados a nivel global. Este criterio no puede ser nunca utilitarista, ya que no busca el máximo beneficio del trasplante, sino darle una importancia al hecho de ser registrado en la lista antes que otro individuo y que esto tenga cierto peso a la hora de asignar un órgano recién obtenido.

Por estos criterios y otros más que se utilizan en la vida real, se puede decir que la distribución está condicionada por un gran número de variables y que, ante la escasez, los dilemas éticos que surjan de ellos estarán presentes por una gran cantidad de tiempo. La transparencia debe ser un pilar fundamental en los procesos de selección de pacientes, así como en la distribución y la asignación de órganos. El gran reto de los modelos de distribución y de los análisis éticos es encontrar un modo de actuar con el mayor grado de igualdad de acceso y de eficiencia.

En México, la toma de decisiones sobre estos procesos no es responsabilidad de un solo individuo, sino de diferentes profesionales médicos y no médicos que conforman un Comité. Los Comités Internos de Coordinación para

la Donación y de Trasplante –como se estipula en la Ley–, están conformados por médicos y otros profesionales, como representantes jurídicos, psicólogos y especialistas en bioética. Todos los hospitales que estén autorizados por el Estado para realizar procuración y/o trasplante de órganos deben de tener un Comité. Sus funciones son muy específicas, pero en general, se encargan de analizar todas las variables clínicas y éticas sobre los criterios previamente mencionados, para poder llegar a un consenso sobre quién es candidato a donar o recibir un órgano o tejido, buscando siempre lo mejor para el bienestar de los pacientes y de la sociedad.

Donación de persona viva

Ante la imposibilidad de obtener suficientes órganos y tejidos provenientes de individuos muertos para satisfacer las necesidades de trasplante de la población, existe la opción de obtenerlos de donadores vivos.

El proceso de donación en vida debe respetar uno de los principios fundamentales de la bioética: la no-maleficencia. Es decir, solo se pueden obtener órganos o tejidos cuya función pueda ser compensada por el donante. Un riñón puede donarse en vida ya que el riñón que se conserva puede compensar la función de ambos y permitir a la persona vivir normalmente. Cuando se dona una segmento del hígado, el resto del órgano puede satisfacer las necesidades del organismo. En cambio, un hígado completo o un corazón no pueden ser donados en vida, ya que el donador moriría. Del mismo modo, una córnea tampoco puede donarse en vida, ya que la persona perdería la visión del ojo donador, resultando en un daño no compensable. Otros órganos que pueden donarse en vida, como parte del hígado, parte de un pulmón o

de intestino suponen en la actualidad un mayor riesgo para la salud del donador, por lo que su utilización no está tan extendida a nivel global. Es por eso que casi la totalidad de los trasplantes provenientes de donador vivo corresponden a riñón. De los 2,770 trasplantes de riñón que se realizaron en 2015 a nivel nacional, 1,960 provinieron de donadores vivos, por solo 810 órganos obtenidos de cadáver.

Obtener el riñón de un donador vivo representa varias ventajas, como una mayor sobrevida del órgano y del receptor, una mejor calidad del órgano y por tanto, una rehabilitación más rápida después de la intervención quirúrgica, la que además puede hacerse de manera electiva resultando en mayor comodidad para el receptor.

Ahora bien ¿qué tan moralmente legítimo es arriesgar la salud y la vida de un individuo para salvar la vida de otro?

Podría parecer que el principio de no-maleficencia se ve comprometido al tomar un riñón de una persona viva ya que, aunque los riesgos son mínimos, se está atentando contra la integridad física de un ser humano. Además de que, a pesar de que se busca la mayor compatibilidad entre el receptor y el donador, no se sabe con exactitud si el órgano donado producirá los beneficios esperados después del trasplante.

Entre los riesgos se encuentra la vulnerabilidad en que se deja al donador, ya que si sufriera una enfermedad o una lesión traumática en su riñón restante, vería comprometida su vida. La calidad de vida no se ve afectada de manera importante, aunque debe mantener un estilo de vida encaminado a la preservación óptima de la función renal y además debe someterse a evaluaciones médicas periódicas para asegurar que el riñón se encuentre en buenas condiciones.

Un riesgo muy importante y que pudiera no parecer obvio es el riesgo psíquico. El donante puede verse presionado psicológica y emocionalmente

por la familia, la cual ejerce coacción en la toma de la decisión. También el sentimiento de culpa puede llegar a motivarlo a autorizar la donación. Esto puede dañar la autoestima y la dignidad del individuo.

Es por eso que, para obtener el consentimiento de un donador vivo, se deben cumplir ciertos requisitos. El principal es que tiene que ser mayor de edad y no padecer alguna discapacidad intelectual. Solo así se asegura que es apto para comprender y aceptar todos los riesgos inherentes de la intervención y entender los motivos por los cuales está donando su órgano. Nadie tiene el derecho sobre los órganos de un menor de edad, pues se atentaría contra su autonomía y, aunque él acepte “voluntariamente” la donación, no se puede demostrar que es capaz de saber qué es lo mejor para su persona, ni si están ejerciendo sobre él algún tipo de coerción. La legislación mexicana estipula que la donación en vida solo la pueden conceder los mayores de edad en pleno uso de sus facultades mentales. Además, otorga el derecho al donador de revocar su consentimiento en cualquier momento antes del trasplante.

El individuo debe tener plena capacidad intelectual y entendimiento de la decisión de donar, pues el hecho de asentir y firmar un documento dando consentimiento a la donación, sin entender todo lo que el procedimiento conlleva, no quiere decir que sea un consentimiento informado. El profesional de la salud debe educar, informar e, ilustrar al individuo para que tome la decisión más correcta para con su cuerpo y sus convicciones.

Por diversas razones, no todas las personas que otorguen su consentimiento para ser donadoras pueden llegar a serlo. Tienen que pasar por diversas pruebas médicas y psicológicas, las cuales serán evaluadas por un equipo de especialistas (Comité), que tomarán la decisión de utilizar o no sus órganos. Si el Comité considera que la extracción del órgano puede comprometer irreversiblemente el bienestar del donador, pueden negarse a realizar el trasplante. La autonomía de los miembros del Comité también debe ser respetada.

Ahora ¿a quién se le puede donar un órgano en vida? En el mundo se ha permitido la existencia legal del donador vivo relacionado y el donador vivo no relacionado.

El donador vivo relacionado puede tener un parentesco por consanguinidad, civil o por afinidad (relacionado emocionalmente, como un amigo muy cercano). De manera teórica se presupone que la donación entre personas que están relacionadas tiene un alto grado de motivación, que está basada en el altruismo y sobre todo, el amor que se tiene por el ser querido, por lo que es más rara la posibilidad de que exista alguna simulación o alguna compensación monetaria a cambio de la donación, como puede ocurrir más a menudo en otras situaciones.

En otros países ha existido la llamada donación del “buen samaritano”, donde una persona puede decidir ser donador en vida y no dirigir el órgano a una persona en específico, sino ponerlo a disposición de alguna institución encargada de realizar trasplantes para que ellos decidan a quién injertar el órgano, sin pedir nada a cambio. En México únicamente está permitido realizar la donación dirigida de un órgano, exista o no relación entre donador y receptor. El Comité de Trasplantes tiene la obligación de brindar toda la información necesaria tanto al donador como al receptor y además, debe asegurarse de que el acto de la donación se de en condiciones de total voluntariedad, donde no exista una compensación monetaria de por medio. Pues puede darse la situación en que el paciente receptor haya ofrecido una retribución para convencer al donador de someterse a la intervención quirúrgica, o viceversa, que el receptor exija una compensación económica por permitir la obtención de su órgano. Esto puede suceder incluso entre familiares. De cualquier modo, el acto de comprar o vender órganos es considerado ilegal. Como mencionamos, esta situación puede sospecharse en más ocasiones cuando el donador y el receptor no se encuentran relacionados. Ante estos casos la legislación mexicana

exige realizar una evaluación más exhaustiva del caso, agregando también la necesidad de contar con un consentimiento validado por un Notario Público.

El comercio de órganos

Pero ¿por qué no se pueden vender los órganos? Hay personas en el mundo que están a favor de la donación remunerada, argumentando que cada uno es dueño de su propio cuerpo y si desea vender una parte de sí, tiene derecho a hacerlo. Además, sostienen que con un sistema que permita la venta de órganos, la escasez de los mismos disminuiría.

Por otro lado, existe un argumento conocido como “la pendiente resbaladiza” que pretende explicar por qué no debe permitirse el derecho a vender los propios órganos. Este argumento sostiene que, si por ejemplo hoy la ley autoriza vender un riñón con el fin de mejorar la situación económica familiar, qué evitará que el día de mañana se permitan otras prácticas aberrantes, como vender la propia vida para el mismo fin. Es decir, el solo hecho de permitir una conducta específica derivará en que otras conductas que hoy consideramos inaceptables sean consideradas totalmente viables en un futuro.

También es conveniente preguntarnos ¿quién tendría acceso a comprar órganos en un mundo de libre mercado? Solo aquellos que son capaces de afrontar el costo que se le asignaría al órgano o tejido. La comercialización de órganos o tejidos se aprovecha injustamente de los más vulnerables y de las personas con pocos recursos económicos, fomentando el lucro, la explotación y la trata de personas. Parece que el éxito de este modelo de mercado estaría basado en la pobreza, donde el hecho de que existan cientos de individuos en condiciones de extrema necesidad proporcione una mayor cantidad de órganos para trasplante.

Hay quienes intentan formular modelos teóricos en donde la venta de ór-

ganos esté bien regulada y se base en la igualdad de acceso para todos, pero tienen que enfrentar a diversos problemas morales, jurídicos y filosóficos que no se pueden solucionar de manera sencilla. En países como India y China, donde impera la desigualdad, ha existido comercio de órganos. Ante la presión de la comunidad internacional, se han prohibido estos actos, aunque no se sabe realmente en qué medida se siguen realizando.

También existen los que apoyan la venta de órganos en el final de la vida. Bajo un argumento de que “el individuo está muerto y ya que no usará sus órganos, estos pueden venderse para beneficiar a su familia”. Esta opción tampoco es viable pues, generaría mucha desconfianza en los centros hospitalarios. ¿En qué medida un individuo dejaría de recibir atención médica oportuna si se conoce que sus órganos están en venta y que habrá beneficio para el hospital y las familias? ¿Serían capaces de no salvar la vida de un ser humano por obtener un beneficio monetario? Esta es una de las situaciones que forman parte del argumento en contra de esta postura.

La venta de órganos está prohibida a nivel mundial por las legislaciones y por las religiones. Al respecto, el Santo Padre Juan Pablo II expresó en 1984: “El cuerpo no puede ser tratado como una simple entidad física y biológica; ni sus órganos o tejidos pueden ser usados como artículos de venta e intercambio. Esta concepción materialista llevaría a un uso meramente instrumental del cuerpo y, por lo tanto, de la persona”.

Tanto en vida como después de la muerte se nos presenta una oportunidad privilegiada para ayudar a otros seres humanos. Es nuestra responsabilidad como sociedad velar por el bien común de nuestros semejantes. Se debe promover la cultura de la donación, especialmente después de la muerte, para que la escasez de donadores disminuya y, con ello, también se eliminen varios de los dilemas éticos que condicionan la distribución actual de los órganos y tejidos a nivel mundial.

También ha surgido la reflexión sobre si es suficiente el puro principio de solidaridad ante la donación de órganos y quienes han propuesto otros caminos compensatorios para la superación de dolor de la familia ante la pérdida de un integrante como lo han hecho en otros países otorgando agilidad en los documentos administrativos intrahospitalarios o bien apoyos en los gastos funerarios.

Por todo esto, la bioética tiene un gran reto para reflexionar sobre el uso de los avances científicos, administrativos, legales y médicos a la par de su implementación.

Bibliografía recomendada

- Santiago-Delpín, Eduardo A. Ruis-Speare, J. Octavio. *Trasplante, ética, humanismo y sociedad*. Manual Moderno. México. 2001
- Rivera López, Eduardo. *Ética y trasplantes de órganos*. Fondo de Cultura Económica. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Filosóficas. 2001. México.
- Reyes-Acevedo, Rafael. "Ética y trasplantes de órganos: búsqueda continua de lo que es aceptable". *Revista de Investigación Clínica*. Vol. 57. No. 2.. México. 2005
- Martínez U, Koldo. "Algunos aspectos éticos de la donación y el trasplante". *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 29 (Supl. 2): 15-24. España. 2006
- Caplan, Arthur. *Bioethics of Organ Transplantation*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine.



LA BIOÉTICA Y LA EUTANASIA

Dr. Oscar Javier Martínez González

¿Qué es?

Se trata de un tema que ha acompañado al ser humano en su misma historia ya que trata de algo que es propio de todo ser vivo que nace, crece, se reproduce y muere.

La muerte es un evento natural, sin embargo, el cómo se muere el individuo cuando existen tantas posibilidades de ser asistido por los avances de la ciencia y de la técnica, es lo que genera preocupación en la sociedad y en la misma profesión médica.

¿Por qué está bien o mal?

Matar siempre ha sido un acto reprobado por la ética y la moral, así como por las diferentes religiones en el mundo. Justificar el hacerlo, ha sido un tema que ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia.

Nos encontramos ante un cambio de época y ante circunstancias muy particulares que hacen más probable que la misma persona que sufre, o sus familiares, soliciten la terminación de la vida para poder controlar la situación por la que están pasando.

¿Hay excepciones a la regla?

Se han propuesto despenalizaciones e, incluso, la legalización de estos procedimientos, sin embargo, el mal sigue siendo un mal aunque se proponga buscando un bien.

1. Historia y evolución del problema

En la historia de la eutanasia pueden distinguirse tres etapas:¹

La eutanasia ritualizada

Los grandes acontecimientos de la existencia humana: el nacimiento, la pubertad, el matrimonio y la muerte, en tiempos antiguos, tenían un sentido que iba más allá del plano biológico. Se trataba de acontecimientos culturales, regulados y ritualizados por la sociedad.

En tiempos del Imperio Greco-Romano, la eutanasia ya existía. Platón y Aristóteles admitían la práctica de la eutanasia o el abandono de los recién nacidos deformes, y aprobaban la práctica espartana de arrojarlos a las rocas. Las normas eran las que señalaban cuándo se debería de eliminar a una persona en beneficio de los demás.

La eutanasia medicada

Esta etapa nació en Grecia, junto con el nacimiento de la Medicina, y llegó hasta la época de la Segunda Guerra Mundial.

Platón, en *La República*, afirma que: “los individuos que no pueden vivir desempeñando las funciones que les son propias, no deben recibir cuidados, puesto que son inútiles, tanto para sí mismos como para la sociedad”.

El cristianismo adopta una actitud contraria a la eutanasia. En la Biblia no se presenta ni la práctica ni el concepto de la eutanasia. Se muestra, en cambio,

¹ Gracia, D. Historia de la Eutanasia, en Gafo, J. (1990) *La eutanasia y el arte de morir*. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

un gran respeto al anciano y una actitud solidaria para con los que sufren.

El tema resurge en el Renacimiento. Francis Bacon, filósofo inglés, afirma que el médico debería de estar muy atento a saber cómo puede el moribundo despedirse más fácil y silenciosamente de su vida. Con Bacon, el término eutanasia adquiere su significado actual.

Tomás Moro defiende la eutanasia en su obra *Utopía*, en donde afirma que: “cuando el enfermo no puede asumir las exigencias de la vida, y como constituye una carga para los demás, no debe insistirse en alimentar su mal ni dudar en despedirse de una vida que para él es un tormento”.

En la época nazi se practicó la eutanasia cuando se promulgó la Ley para la Prevención de las Enfermedades Hereditarias, que justificaba la esterilización obligatoria y que terminó eliminando a personas con enfermedades hereditarias, mentales, epilepsia, sordera, ceguera y alcoholismo. En esta etapa, son los médicos los protagonistas en el tema de la eutanasia.

La eutanasia autónoma

En esta etapa, la característica más importante tiene que ver con el papel protagónico del enfermo y su derecho a decidir sobre su muerte con el principio de la autonomía. Con estos cambios, poco a poco, ni la enfermedad, ni la muerte están ya en manos de los médicos.

Vivimos en una era de los derechos humanos y, entre ellos, está el derecho a decidir. En medicina se le conoce como el derecho al consentimiento informado y el derecho a la voluntad anticipada.

Esta última, corre el riesgo de que sea tomada cuando el paciente no es competente. Un caso paradigmático sobre este tema se dio en 1975 en el Estado de New Jersey de los Estados Unidos sobre la paciente Karen Ann Quinlan, de 21 años, quien después de una sobredosis de drogas y alcohol, quedó en estado de coma y, después de varios meses de trámites legales, el Tribunal

Supremo del Estado reconoció el derecho a rechazar los tratamientos. Se le desconectó de los medios artificiales para respirar y, aun así, sobrevivió 10 años más sin este soporte vital.

2. Definición de términos

2.1 Eutanasia

El término eutanasia proviene etimológicamente de eus = bueno y tanatos = muerte. La pregunta ante esta afirmación sería la siguiente: ¿se trata en realidad de una buena muerte?

Como definiciones de eutanasia nos encontramos la siguiente: “Acto médico cuya finalidad es eliminar el dolor y la indignidad de la enfermedad crónica y el proceso de muerte mediante la eliminación del portador del dolor”.²

La Declaración de la Eutanasia de la Congregación de la Doctrina de la Fe en la Iglesia Católica la define como: “Toda acción u omisión que por su naturaleza o en su intensidad causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.

Con esta última definición se puede hablar de dos tipos de eutanasia:

- a) activa: hacer algo para que la persona muera, y;
- b) pasiva: dejar de hacer algo para que la persona muera y termine con esto su sufrimiento y dolor.

En 1976, en el Estado de California se aprobó la Natural Death Act, previa petición del paciente a través del Living Will (testamento de vida) utilizado como la voluntad testamentaria de la persona. Mediante esta Ley, quedó despenalizada la eutanasia pasiva en los Estados Unidos. En la medicina, lo anterior se conoce como DNR (do not resuscitate). Una indicación dada por la

² Pessini, L. (2006). *Eutanasia*. Ed. Dabar, México

persona cuando se encontraba en su sano juicio, en donde señala que “otra” persona designada tomará las decisiones en su lugar cuando ya no pueda hacerlo, incluye también el retirar la alimentación y la hidratación. Desde el año de 1987, en todos los estados de los Estados Unidos se encuentra ya vigente esta Ley.

En la legislación mexicana, existen varias regulaciones al respecto:

En el Código Penal Federal: “El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.³

En el Código Penal para el Distrito Federal: “El que prive la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”.⁴

En enero del 2008, aparece en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el decreto por el que se expide la Ley de Voluntad Anticipada, en la cual, la persona involucrada expide ante notario público su “negativa de someterse a medios, tratamientos y /o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida”.⁵

Desde entonces, once estados de la República Mexicana han promulgado leyes de este tipo: Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y Estado de México y se espera que otras entidades incorporen esta ley a su legislación estatal en el mediano plazo.

En varios países del mundo (Holanda, Bélgica y otros) la práctica de la eutanasia se encuentra legalmente permitida y es, incluso, incentivada a través

³ Código Penal Federal. Art. 312

⁴ Código Penal para el Distrito Federal. Art. 127

⁵ http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/ley_volun_anticipada.pdf

de programas llevados a cabo por el Estado y la sociedad misma.

2.2 Suicidio asistido

Una manera de definirlo es la siguiente: Proporcionar a una persona, en forma intencional y con conocimiento, los medios o procedimientos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro.

En octubre 27 de 1997, el estado de Óregon en los Estados Unidos, promulgó la Ley: Death with Dignity Act, que le permite a los enfermos terminales que radican en el estado el que puedan terminar con su vida a través de la auto administración de medicamentos letales expresamente prescritas por un médico para tal fin.

Además de ser legal en otros países, cinco estados de los Estados Unidos han legislado ya en favor del suicidio asistido: Óregon, Washington, Vermont, Montana y California.

2.3 Ensañamiento terapéutico

Aquella situación que se puede presentar dentro de la atención médica en la que se trata de prolongar la vida del paciente a toda costa utilizando medios desproporcionados y, en principio, estarían “forzando” la situación al no dejar morir al paciente.

Los medios proporcionados son los tratamientos necesarios y de posible acceso, para poder atender adecuadamente a un paciente. Por otra parte, los medios desproporcionados son los tratamientos que sólo producen una prolongación precaria y penosa de la vida y, al llevarlos a cabo, producen un ensañamiento terapéutico.

Se trata de uno de los temas más frecuentes y más difíciles para poder precisar si un caso se encuentra ante la necesidad de seguir adelante o de sus-

penden el apoyo vital que la ciencia y la técnica nos presentan.

Más difícil se torna la situación, cuando se quieren proponer normas legales para poder regular este tipo de problemas que se presentan con mucha frecuencia y que sabemos bien que la mejor decisión sepre estará dentro de la misma relación médico – paciente – familia, de acuerdo con los tiempos y las circunstancias propias de cada caso.

3. Aspectos bioéticos

Los partidarios de la eutanasia buscan eliminar el sufrimiento y el dolor dentro del proceso de la muerte. Acusan a quienes se oponen a la eutanasia de ser inhumanos al no permitir que se tome en cuenta el principio de autonomía de las personas a decidir por este procedimiento.

¿Qué es lo que hace que haya partidarios y opositores a estos procedimientos?

1. Quienes sólo se fijan en la finalidad: proteger la dignidad de la persona eliminando su sufrimiento y su dolor.
2. Quienes observan también que el medio para poder alcanzar este fin, es a través de la eliminación del portador de dicho sufrimiento y dolor.

¿Cuál es el motivo que impulsa a practicar este acto?

Hay acciones que buscan beneficiar al mismo enfermo. Otras buscan beneficiar a otro u otros (familiares, médicos, etc.) En ocasiones, se utilizan analgésicos o sedantes con la intención de aliviar el dolor del enfermo aunque este mismo hecho puede acortar la vida del paciente. En otras, se utilizan para abreviar la vida del paciente.

El término “eutanasia” se utiliza bajo múltiples significados. En Bioética, este término designa a aquel acto médico que, por compasión, abrevia direc-

tamente la vida del paciente con la intención de eliminar el sufrimiento y el dolor. Otros procedimientos, de acuerdo con sus resultados, intención, naturaleza y circunstancias, deben de nombrarse de otra manera.

Es importante, también, separar aquellos actos eutanásicos que se aplican a pacientes que sufren enfermedades terminales de aquellos que se aplican a pacientes cuya condición no pone en riesgo su vida de manera inmediata.

La tradición jurídica occidental, la tradición de la ética médica y la teología moral, consideran objetivamente a la eutanasia, como se ha explicado anteriormente, como un mal.

En la mayoría de los países, la eutanasia se considera un mal objetivo y perjudicial para la sociedad, aunque las personas que lo practican, en determinadas circunstancias, no reciben un castigo ya que la penalización está atenuada por las circunstancias.

3.1 Moralidad del acto

El objeto (acción) es matar al individuo que sufre.

La intención que se busca es eliminar el sufrimiento y el dolor.

Las circunstancias dependerán de cada caso en particular.

La pregunta sería ¿qué diferencia hay entre matar por motivos piadosos? (Eutanasia) ¿Matar por venganza? ¿Matar para robar? o ¿Matar en defensa propia?

La práctica de la Eutanasia continúa siendo penalizada en la mayoría de los países del mundo, sin embargo, dicha penalización está atenuada por las circunstancias en las que se presenta.

3.2 Calidad vs sacralidad de vida

Hoy, no es raro oír hablar sobre la calidad de vida. Se llega a hablar de que la vida no tiene sentido o valor por carecer la persona de capacidad de decidir o

de actuar debido a algún padecimiento, olvidando que la persona humana es valiosa por ser persona, y no por lo que tiene o por lo que puede o no hacer.

El término tiene un significado ambiguo. Se interpreta, la mayoría de las veces, como algo que es valorado únicamente a la luz de la relación entre los costos y los beneficios. La norma moral, por lo general, se funda sobre la dignidad de la persona humana, y no debería de depender de la presencia de ciertas características o de la realización de algunas funciones para que la persona sea tomada en cuenta.

Es necesario construir una reflexión que tome en cuenta adecuadamente, tanto las preocupaciones subjetivas del paciente, como las indicaciones objetivas de la ciencia médica, con el fin de lograr el “bien global” del paciente. La mayor parte de las veces, los pacientes son los mejores jueces de su propio “bien”.

Se puede hablar de tratamientos que son desproporcionados: cuando los daños previstos superan los beneficios esperados. Otros que son éticamente obligatorios: Cuando existe una amplia proporcionalidad entre los bienes esperados y los riesgos previstos.

Puede haber también tratamientos que no deben de ser efectuados: (ensañamiento terapéutico) porque son inútiles o porque los riesgos son muy altos y también tratamientos opcionales: en los que le corresponde al paciente decidir.

Es laudable, aunque moralmente no obligatorio, realizar actos buenos extraordinarios. Por ejemplo: un paciente con enfermedad terminal no está moralmente obligado a aceptar tratamientos de sostenimiento vital extraordinarios o desproporcionados.

Finalmente, ante estos problemas tan difíciles, habría que decir que quien experimenta el sufrimiento de una persona querida, cuando enfrenta dolores atroces y sin esperanza de curación, llega muchas veces a pensar en la bondad de la eutanasia, sin embargo, el mal sigue siendo mal aun cuando se lleve a cabo queriendo un bien. La incapacidad para descubrir el sentido y el valor del sufrimiento y para advertir el verdadero rostro de la muerte, hace muy difícil entender argumentos aun claros.

CUIDADOS PALIATIVOS Y VOLUNTADES ANTICIPADAS

Dr. Samuel Weingerz Mehl, M.D. Phd.

Resumen ejecutivo

El objetivo del presente resumen es ofrecer al profesional un texto breve y práctico que pueda serle de utilidad a la hora de orientar los problemas éticos que plantea el manejo de enfermos especialmente de aquellos con una enfermedad grave o que se encuentran en la fase final o terminal de su vida.

La voluntad anticipada o directrices anticipadas es el documento que establece la manifestación de los deseos de una persona acerca de los tratamientos que quiere o no recibir si llegara a caer en estado de incompetencia por una enfermedad terminal.

Ley de voluntades anticipadas del Distrito Federal que a partir de enero del 2008 entro en vigor en el Distrito Federal y se modificó el 27 de julio de 2012 Gaceta Oficial del Distrito Federal.¹

Esta legislación respalda el derecho de los individuos a ejercer su autonomía dentro del contexto de la atención médica.

Ha sido legislada en varios estados del país y en ella se prohíben las con-

¹ <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>

ductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, por lo que no intenta promover la eutanasia, sino reconocer el derecho a limitar tratamientos inútiles, extraordinarios y desproporcionados y al otorgamiento de cuidados paliativos (mismos que buscan salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal para garantizar una vida de calidad a través de las atenciones médicas necesarias para ello). Evitando la aplicación de tratamientos y/o procedimientos médicos también conocido este comportamiento médico como obstinación terapéutica o distanasia, para no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los cuidados paliativos.

Partiendo de esta solicitud, uno de los derechos que se obtiene es el de recibir cuidados paliativos, cuyo objetivo es maximizar la calidad de vida de los pacientes en las últimas fases de su enfermedad. Esto es, controlar síntomas físicos y emocionales como dolor, miedo, náusea, entre otros, por medio de apoyo multidisciplinario donde intervienen diversos especialistas: algólogos, psiquiatras, internistas, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos clínicos. La medicina paliativa está indicada cuando las terapias no ofrecen los beneficios deseados o cuando los efectos adversos, debido al propio tratamiento, superan los beneficios.

Cuidados paliativos			
Correcto	Medios Ordinarios	Medios Proporcionales	Medios útiles
Incorrecto	Medios Extraordinarios	Medios Desproporcionales	Medios Fútiles

En México se han hecho esfuerzos de regulación de los cuidados paliativos, en 2009 se adicionó a la Ley General de Salud el Título Octavo BIS el cual

cuenta con 21 artículos (del 166 BIS al 166 BIS-21).²²

Posteriormente en enero del 2013 se emitió el (DOF: 01/11/2013), el Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 33 donde se modifica el artículo 138 bis y donde se resaltan claramente los 6 objetivos de los cuidados paliativos que a continuación se mencionan:

ARTÍCULO 138 Bis 1. Los objetivos de los cuidados paliativos son:

- I. Proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte;
- II. Prevenir posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono u obstinación terapéutica, así como la aplicación de medios extraordinarios, respetando en todo momento la dignidad de la persona;
- III. Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas severos asociados a las enfermedades en estado terminal;
- IV. Establecer los protocolos de tratamiento que se proporcionen a los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, a fin de que no se interfiera con el proceso natural de la muerte;
- V. Proporcionar al enfermo en situación terminal, los apoyos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que se requieran, a fin de brindarle la mejor calidad de vida posible, y
- VI. Dar apoyo a la familia o a la persona de su confianza para ayudarla a sobrellevar la enfermedad del paciente y, en su caso, el duelo.

A finales del año 2014 se emitieron dos legislaciones en materia de cuidados paliativos de gran relevancia para nuestro país Una Norma Oficial Mexicana y una Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, NORMA

² http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009

³ http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013

Oficial Mexicana 011-SSA3-2014 DOF: 09/12/2014.⁴ Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

La importancia de una NOM es que la elaboración de esta Norma, responde a la necesidad de emitir las disposiciones técnicas que deberán observarse para prevenir la ocurrencia de posibles actos de obstinación terapéutica hacia los pacientes en situación terminal, las cuales consideran criterios para su atención, con la finalidad de hacer efectivo que los cuidados paliativos le sean proporcionados como un derecho, conforme a lo que establecen el Título Octavo Bis, de la Ley General de Salud y el Capítulo VIII Bis, del reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Poco tiempo después se emitió el acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, el 26 de diciembre de 2014 Diario Oficial, tercera sección consejo de salubridad general.⁵

Esta última guía de gran avanzada y ayuda para el manejo integral de los enfermos en etapa terminal, inclusive menciona específicamente en su capítulo 4 los aspectos bioéticos a considerar, estos se explicarán de manera más detallada al interior del capítulo mismo de este libro.

Consideraciones bioéticas

- Aspectos generales.
- Aspectos bioéticos a considerar.
- Veracidad.

⁴ http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014

⁵ http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014

- Respeto de la autonomía.
- Beneficencia.
- No maleficencia.
- Proporcionalidad Terapéutica.
- Doble efecto.
- No abandono.
- Cuidado especial de quienes participan como sujetos de investigación.
- Acceso a los servicios e insumos para el alivio del dolor y cuidados paliativos.
- Participación de los comités hospitalarios de bioética (CHB).

Volviendo a la Ley de voluntades anticipadas del DF., que a partir de enero del 2008 entró en vigor en el Distrito Federal y se modificó el 27 de Julio de 2012, Gaceta Oficial del Distrito Federal, es muy importante resaltar de esta ley lo siguiente, que se aclara la existencia de dos documentos:

- I. Documento de Voluntad Anticipada: instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica;
- II. Enfermo en Etapa Terminal: paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo; con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.
- III. Formato: Documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos previamente autorizado por la Secretaría, suscrito por el enfermo terminal, ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, en el que se manifies-

ta la voluntad de seguir con tratamientos que pretendan alargar la vida o bien la suspensión del tratamiento curativo y el inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad de la persona;

Estos documentos o formatos deben contar con la siguiente formalidad :

Artículo 7. El Documento de Voluntad Anticipada o Formato deberán contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante Notario Público o personal de salud según corresponda y ante dos testigos;
- II. El nombramiento de un representante y, en su caso, un sustituto, para velar por el cumplimiento de la voluntad del enfermo en etapa terminal en los términos del propio documento, y;
- III. La manifestación de su voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

Finalmente, y algo de suma importancia esta ley de voluntades anticipadas no promueve la eutanasia o el suicidio asistido y lo expresa de la siguiente manera:

Artículo 26. El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

Desde entonces, otros 11 estados de la República Mexicana han promulgado leyes de este tipo: Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis

Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y Estado de México. Se espera que otras entidades incorporen esta ley a su legislación estatal en el mediano plazo.

Introducción y contexto

Es importante introducir el tema mostrando las condiciones de salud de la población mexicana, estas han mejorado durante las últimas décadas y existe un incremento en la esperanza de vida en el país y se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica y epidemiológica, creando la nueva pirámide poblacional con mayor número de población adulta, esto ha llevado a que en la actualidad la causa de muerte sean enfermedades crónico degenerativas y tumores malignos, para documentar este hecho el INEGI reporta 655,688 muertes anuales en el 2015, se desglosa a continuación sus principales causas y por sexo.⁶

Principales causas defunciones Hombres 2015

Total	363,732
Enfermedades del corazón	68,052
Enfermedades isquémicas del corazón	49,256
Diabetes mellitus	47,816
Tumores malignos	38,902
Enfermedades del hígado	25,753
Enfermedad alcohólica del hígado	10,794
Insuficiencia renal	7,338
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	2,751

Principales causas defunciones Mujeres 2015

Total	291,637
-------	---------

⁶ http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=

Enfermedades del corazón	60,670
Enfermedades isquémicas del corazón	38,882
Diabetes mellitus	50,705
Tumores malignos	40,612
Enfermedades cerebrovasculares	17,595
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	9,964
Enfermedades del hígado	9,958
Enfermedad alcohólica del hígado	1,068
Insuficiencia renal	5,961

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta y penosa. Estas enfermedades representan la causa de defunción más importante en el mundo, acumulando un 63% del número total de muertes anuales (36 millones de personas cada año). Cerca del 80% de estas muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios.

Entre las enfermedades crónicas cuya incidencia ha aumentado, el cáncer se ha convertido en un grave problema de salud pública. De acuerdo a datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios. En México durante el año 2015, se reportan que 78 mil mexicanos de ambos sexos murieron por cáncer.

Como sucede en otros países de ingresos medios, el mayor énfasis en los programas contra el cáncer están orientados a la prevención y tratamiento; sin embargo, la mayor parte de las neoplasias son diagnosticadas en etapa avanzada, lo que se traduce en pocas posibilidades de curación, altos costos para su diagnóstico, tratamiento y un mayor sufrimiento de los pacientes y sus familias.

Es importante mencionar que los pacientes en cuidados paliativos presen-

tan múltiples síntomas, que pueden ser aliviadas con intervenciones de relativo bajo costo, mejorar la atención de las personas en fase avanzada y terminal, es un elemento esencial de calidad de atención para el sistema de salud.

Los cuidados paliativos alivian el dolor y otros síntomas, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural y no intentan acelerarla ni prolongarla. Incluyen aspectos psicológicos, sociales y espirituales, proporcionan apoyo a los pacientes para vivir lo más activamente posible hasta su muerte.

Por definición, la enfermedad terminal es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta a tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida limitado, por lo general, al no existir posibilidades de curación, los cuidados paliativos son la mejor opción.

Los hospicios son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal.

El objetivo de estos lugares es tratar que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una “gran calidad de vida”; mantenerlos libres de dolor, conscientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad.

A principios de la década de los sesentas, Cicely Saunders dio inicio al moderno movimiento de Hospice y Cuidados Paliativos al fundar el St. Christopher’s Hospice en el sur de Londres. La medicina moderna como parte de su evolución y con sus nuevos propósitos se ha ido transformando e interesando en:

- Prevenir la enfermedad.
- Promover la salud .
- Aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Atender y cuidar de los enfermos que no tienen cura.
- Prevenir la muerte prematura e innecesaria .
- Ayudar al bien morir.

Es así que surge a raíz de esta nueva interdisciplina: la medicina paliativa o cuidados paliativos. Esta es un área nueva del conocimiento, y como especialidad médica existe desde la década de los sesenta en Inglaterra; pero es a partir de los últimos 20 años que ha cobrado un mayor auge a nivel mundial, y es ahora en México como pudimos constatar en la legislación de los últimos 20 años se le ha dado la importancia que tiene. Es relevante acotar que los modelos pioneros de atención paliativa son el europeo (Inglaterra, Italia, España), y el norteamericano (Estados Unidos y Canadá), todos ellos tienen diferentes estructuras organizacionales, en estos países la medicina paliativa se ha logrado insertar exitosamente en las estructuras gubernamentales y de salud pública, disponiendo actualmente de una infraestructura considerable y un potencial de cobertura poblacional muy importante. Europa, en un enorme contraste con Latinoamérica, cuenta con formación en medicina paliativa con carácter universitario desde hace varios años, y se puede estudiar formalmente en diferentes niveles académicos (postgrado médico, diplomado universitario, cursos de formación intensiva, e incluso cursos a distancia on line). Otro punto a destacar es que los especialistas médicos que suelen estar a cargo de las Unidades de Cuidados Paliativos en Europa y Norteamérica pueden provenir de diferentes disciplinas médicas, como la medicina interna, la oncología, la geriatría, y la anestesiología; habiendo recibido entrenamiento formal en cuidados paliativos.

De acuerdo la OMS desde 1996 emitió recomendaciones con una perspectiva de salud pública que para desarrollar los cuidados paliativos se necesitan tres medidas:⁷

1. Una política gubernamental que garantice la integración de los servicios de cuidados paliativos en la estructura y financiamiento del sistema nacional de salud;
2. Una política educativa que respalde la formación de los profesionales de la salud, de voluntarios y del público;
3. Una política de medicamentos que garantice la disponibilidad de los medicamentos esenciales para el manejo del dolor y otros síntomas y trastornos psicológicos, en particular, analgésicos opiáceos para aliviar el dolor moderado y severo.

Estas tres medidas, junto con un liderazgo comprometido, son necesarias para conseguir un programa efectivo de cuidados paliativos, recomendaciones que en México han logrado paulatinamente ser integradas a nuestras instituciones de salud.

Los programas de medicina paliativa son una excelente alternativa a la costosa obstinación terapéutica y al abandono, actitudes que conviene prevenir y no deben ser considerados un lujo, sino una forma más adecuada de afrontar el natural advenimiento de la muerte.⁸ Los cuidados paliativos, de hecho, deben tomarse en consideración en todas las fases de una enfermedad grave pero su grado de implicación varía con el curso de la misma, desde el comienzo del proceso agudo, pasando en ocasiones por el crónico, hasta el momento en que el enfermo ya no responde a los tratamientos disponibles y debe enfrentarse con el final de su existencia.

⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf

⁸ <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051az.pdf>

De acuerdo a la guía que emitió nuestro país se encuentra el siguiente cuadro que muestra cómo pueden intervenir de manera precoz en el padecimiento pero también estos cuidados se incluyen después que ha sobrevenido la muerte, en todo lo relacionado al manejo del duelo por parte de seres queridos y familiares.

Consideraciones bioéticas

En el documento del acuerdo por el que el consejo de salubridad general declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo en cuidados paliativos y los procesos señalados en la guía de manejo integral de cuidados paliativos, en su capítulo 4 menciona los aspectos bioéticos a considerar y por lo tanto considero conveniente ampliar estos principios para su mejor comprensión.

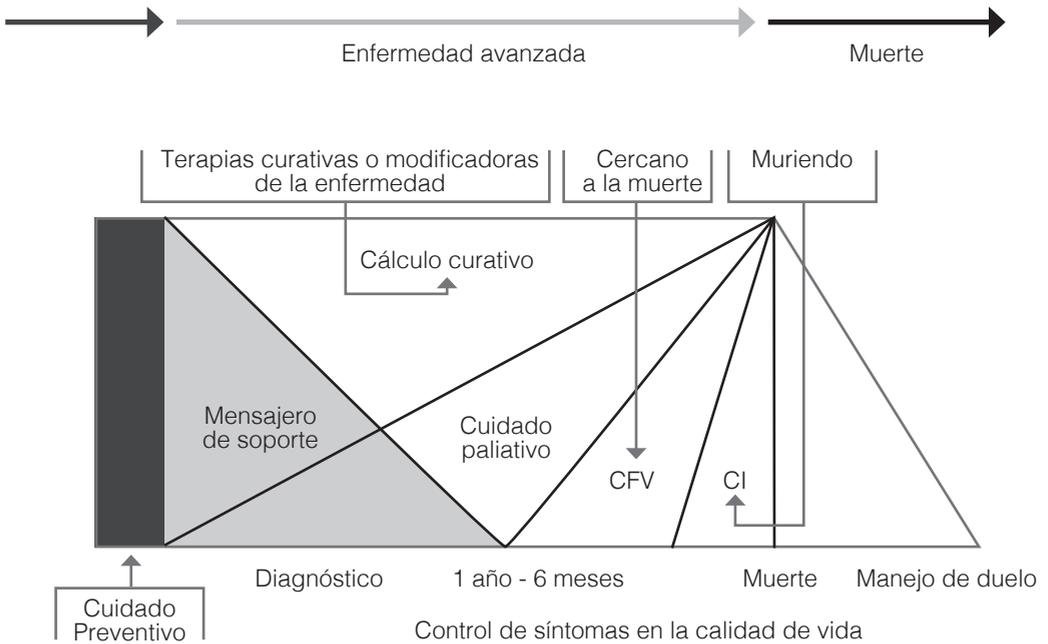
El Principio de veracidad

Este nos indica decir siempre la verdad. Todos los individuos tenemos derecho a saber siempre la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad, y más especialmente en el ámbito de la salud. Este principio está ligado al de confidencialidad en el acto médico y a otorgar el principio de autonomía, puesto que para tomar decisiones de la manera más correcta necesitamos saber la verdad, y la información suficiente que nos permita tomar nuestras decisiones. La verdad es un valor fundamental en la vida y en la convivencia humana.

Mentir por miedo a las consecuencias de la verdad ataca directamente el núcleo más personal del hombre, que es su conciencia de libre albedrío y au-

Esquema 1

Integración de los cuidados paliativos en una enfermedad progresiva



CFV. Cuidado Preventivo
 Modificado por Lara A.: Swetz KM, Mensel JK. Ethical issues and Palliative Care in the cardiovascular Intensive care unit. *Cardiol Clin* 31 (2013) 6570663.

toestima, en el ámbito médico se ha evidenciado en múltiples artículos que mentir al paciente, o a su familia, trae frecuentemente graves consecuencias para tomar una adecuada actitud de ayuda en su tratamiento y finalmente un retraso en la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico o pasar a tratamiento de cuidados paliativos. El artículo 77 bis 37 de la Ley General de salud establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán derecho a: en su fracción V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos,

terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, a esta legislación podremos agregar la fracción décima de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico 004-SSA3-2012 donde trata lo relativo al proceso adecuado del consentimiento informado.

Respeto de la autonomía

Principio de Autonomía. Este principio, mencionado de manera moderna en 1978 en el informe Belmont y publicado por Beauchamp y Childress en su libro Principios de ética biomédica que ya va en su séptima edición:⁹ expone el principio como bajo tres premisas como mínimo: 1. Intencionalidad del acto, el propio paciente debería expresar claramente cuál es su intención de ese acto; 2. Comprensión: estar seguros que comprende su decisión y consecuencias es de total importancia y; 3. Libre de control externo: como se menciona la no coacción y libre toma de decisión garantiza que es su deseo realizar ese acto.

Si el paciente con capacidad ha realizado una clara declaración con respecto a sus deseos, la autonomía del paciente –el derecho a la autodeterminación o libertad de elección– debe ser respetada siempre y cuando no afecten a los demás y se mantengan dentro del ámbito personal, y habría que agregar que no vayan en contra de lo que se espera como *lex artis* en medicina o en contra de la legislación de nuestro país como sería la solicitud de la eutanasia o suicidio asistido.

El problema radica en determinar hasta donde llega la autonomía del paciente: dentro de una sana práctica de la medicina el paciente tiene derecho a saber cuál es su diagnóstico, cuales las posibilidades de tratamiento, y con su médico buscar la más oportuna y adecuada a su enfermedad.

⁹ Beauchamp T & Childress J, Principles of Biomedical Ethics. (seventh Edition). Oxford: Oxford University Press, 2013.

Este principio es insuficiente para explicar muchas de las conductas que se dan de manera cotidiana en la experiencia clínica, como el cuidado de los enfermos en estado de coma, de algunos enfermos mentales, de ancianos, pues no pueden satisfacer su necesidad de autonomía. De tal manera que en la medida que se pierde o esta disminuida la autonomía del paciente, el médico será el responsable de cuidar los aspectos de la toma de decisión pensando siempre en la beneficencia del paciente, tomando en consideración a la familia.

Principio de la beneficencia

“Todo acto ético debe ser benéfico tanto para el personal de salud como para el paciente”. “Un acto es éticamente más adecuado cuando beneficia al más débil o necesitado y cuando ese beneficio es más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos”.

El principio de beneficencia expresa de manera positiva la actitud y la obligación de hacer el bien al otro. En la práctica médica el principio está ya establecido. En la ética médica clásica de Hipócrates aparece este principio.

El Juramento Hipocrático habla de actuar siempre en bien de los enfermos.

Aristóteles en su *Ética a Nicómaco* habla de la benevolencia como una de las virtudes del hombre bueno.

J. Gregory, profesor de Medicina en Edimburgo, en el siglo XVIII, sostiene que el fin de la medicina es buscar el bien del enfermo.

En el Informe Belmont, se enunció y este es uno de los principios descritos, que Beauchamp y Childress toman para estructurar la corriente denominada el Principialismo.

Principio de No maleficencia

El principio de no maleficencia expresa la obligación de no producir daño in-

tencionadamente. *Primum non nocere* o “antes que nada no dañar”.

Bajo este principio el ser humano nunca debe ser perjudicado directamente o tratado como si fuera simplemente el medio para lograr un fin.

Hay dificultades de interpretación cuando hay discrepancia sobre lo que es dañino o cuando se trivializa el daño provocado.

En términos generales estos principios se pueden aceptar y son obligaciones hipocráticas de actuar siempre teniendo en cuenta el bien del paciente y evitar hacerle daño.

Principio de Justicia

Señala que las personas en situaciones similares deben ser tratadas similarmente. No se debe hacer discriminación de ningún tipo, todos somos iguales por tener la misma dignidad. Es darle a cada quien lo que le corresponde y le pertenece, procediendo siempre a partir de la equidad y el respeto por el bien de todos.

La justicia se ha enfocado más desde lo político, enfatizando la equidad en la repartición de recursos y bienes considerados comunes y propone igualar las oportunidades de acceder a estos bienes. Hay que entenderlo como la necesidad de ser justo con el paciente, darle lo que le corresponde. Pero también tener en cuenta las necesidades de los otros y la limitación de los recursos.

El principio de proporcionalidad terapéutica

En un intento por ofrecer una guía que ayude a distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, la tradición ética propuso –ya en el siglo XVII– la clásica distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias, que hoy se conoce como principio de proporcionalidad terapéutica. Este principio sostiene que existe una obligación ética de

implementar todas aquellas intervenciones médicas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado esperable.

Aquellas medidas en las que esta relación de debida proporción (o adecuación) no se cumpla se consideran desproporcionadas. La relevancia ética de realizar este juicio de proporcionalidad terapéutica estriba, entonces, en la posibilidad de distinguir entre una reflexionada limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) que sea éticamente justificada (legítima) y caer por otro lado en una omisión que podría –en la práctica– representar un acto de eutanasia por omisión.

Este principio resulta de una cuidadosa ponderación del tipo de terapia a realizar, confrontando los esfuerzos necesarios para implementarla, con los resultados esperables y teniendo siempre en cuenta tanto las condiciones personales del paciente, (físicas, psicológicas, espirituales, familiares, sociales, económicas, etc.), como su voluntad y la jerarquía de valores que el paciente haya manifestado. Es importante recalcar que en la reflexión deberá hacerse con rigor metodológico contemplando de manera integral al paciente y su aplicación es mucho más que un mero cálculo de costo/beneficio.

Otra manera de intentar aproximarse a reflexionar en este principio de proporcionalidad es la determinación de la utilidad de la acción que pretenda tomarse. En los últimos años se ha escrito mucho sobre la noción de utilidad/inutilidad médica. Schneiderman¹⁰ propone una noción de inutilidad centrada en el beneficio del paciente, que incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos.

Salvando esta dificultad, Christensen¹¹ propone una distinción entre inutilidad absoluta, fisiológica y desproporcionada. El concepto de inutilidad absoluta se aplica a aquellas intervenciones que son completamente inefecti-

¹⁰ Schneiderman L, Commentary: Bringing Clarity to the Futility Debate: Are the Cases Wrong? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1998; 7: 269-278

¹¹ Christensen K, Applying the Concept of Futility at the Bedside. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1992; 1: 239-248.

vas en términos fisiológicos. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente.

Podríamos decir que la valoración del componente de la utilidad compete sobre todo al médico, en virtud de sus conocimientos técnicos, y que la valoración del componente cualitativo corresponde primariamente al paciente y su familia es importante mencionar que la toma de decisión cuando no hay dilemas o conflictos correspondería al médico junto con el paciente y la familia el tomarla pero cuando existe conflicto deberá ser un comité hospitalario de bioética el encargado de realizar las recomendaciones específicas para este caso en particular de manera colegiada e interdisciplinaria

La evaluación de la posibilidad real de implementar una determinada terapia es también una parte constitutiva del juicio de proporcionalidad. Una terapia dada podría definirse como beneficiosa, pero ser juzgada desproporcionada en una situación dada, si es, por ejemplo, demasiado cara, demasiado costosa de implementar, demasiado difícil de obtener o sencillamente inasequible. Ello plantea dilemas éticos muy complejos relacionados con la justicia social en la distribución de recursos en salud,

Emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica requiere prudencia y un profundo respeto por la vida y la dignidad de la persona enferma, como actitudes fundamentales que guíen el actuar médico, siempre en común acuerdo con el paciente y su familia.

Doble efecto

Este principio, que tiene su origen en distinciones trazadas por Tomás de Aquino, constituía una regla de razonamiento práctico fundamental para los teólogos juristas hispanos de los siglos XVI y XVII, pero no aparece en las

obras de los juristas dogmáticos de los siglos posteriores. En los siglos XVIII y XIX su estudio se limita casi exclusivamente a los tratados y manuales de teología moral católica. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, con la rehabilitación de la filosofía práctica clásica en el ámbito analítico anglosajón, el principio vuelve a ser estudiado vigorosamente, y ahora también por filósofos moralistas ajenos a la tradición tomista. El principio del doble efecto, es reflejo de una teoría moral que reconoce, como salvaguardia de la dignidad de la persona humana, la existencia de ciertas especies de acciones –descritas en términos de sus efectos intencionales inmediatos– que están absolutamente prohibidas con independencia de las ulteriores consecuencias que produzcan.

Se denomina principio, doctrina, regla o razonamiento del doble efecto al principio de razonamiento práctico que sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción que produce o puede producir dos efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo. El principio recoge algunos de los elementos centrales de la doctrina tomista sobre el acto humano y la responsabilidad moral. En particular, se basa en la relevancia de la distinción entre voluntariedad directa y voluntariedad indirecta. Los seguidores de Tomás de Aquino llamaron “directamente voluntario” a aquello que forma parte del plan de acción del agente, esto es, a lo que él se propone alcanzar como fin de la acción y a lo que busca como medio para conseguir ese fin. Por el contrario, llamaron “indirectamente voluntario” a aquellos efectos de la acción voluntaria, que el agente prevé o debe prever, pero que no busca ni como fin ni como medio, sino que solo acepta, permite o tolera en la medida en que se encuentran ligados a lo que directamente quiere.

Siguiendo una terminología moderna usaremos también la palabra intención para referirnos a la voluntad del fin y de los medios, y llamaremos efectos colaterales o secundarios a los efectos voluntarios indirectos.

Conforme a esta distinción, la idea principal que subyace al principio del doble efecto es que una persona no es igualmente responsable por todos los efectos malos que se siguen de su acción, sino que existe una diferencia fundamental entre aquellos que intenta y aquellos que solo prevé o debe prever, el principio entra en escena diciéndonos que ese efecto, que sería siempre inmoral intentar, no es inmoral que se acepte como efecto colateral de una acción necesaria para alcanzar un bien de importancia proporcionada.

La formulación hoy clásica del principio del doble efecto es obra del teólogo moralista Jean-Pierre Gury. La expone en la primera edición de su *Compendium theologiae moralis*, en los siguientes términos: “Es lícito poner una causa dirigida a un efecto bueno, aunque de ella se siga un efecto malo, cuando se cumplen las siguientes condiciones, a saber: 1. Que el fin del agente sea honesto; 2. Que la causa sea en sí misma buena o al menos indiferente; 3. Que el efecto bueno se siga de la causa [al menos] con igual inmediatez que el malo; 4. Que el efecto bueno al menos compense al malo”.

Consideraciones bioéticas finales

Entre otras consideraciones éticas y bioéticas contempladas en la legislación están la de: No abandono, el cuidado especial de quienes participan como sujetos de investigación, también el acceso a los servicios e insumos para el alivio del dolor y cuidados paliativos y finalmente la exigencia de la participación de los comités hospitalarios de bioética (CHB) que debido a la intención de este escrito y en obvia falta de espacio sería imposible cubrir en su totalidad pero considero se han mencionado varios principios modernos de bioética en la atención integral a pacientes que permiten dar un panorama general del tema de la ley de voluntades anticipadas así como los cuidados paliativos para enfermos en etapa terminal de su enfermedad.

Glosario de términos

Según el artículo 166 BIS 1 de la Ley General de Salud:

- I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;
- III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.
- V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;
- VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en

situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual;

- IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir el sufrimiento físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Y conforme a la discusión y consenso del grupo multidisciplinario participante de la Guía se señalan las siguientes definiciones:

- X. Atención Paliativa: OMS 2007: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.”
- XI. Control Sintomático: se brinda en conjunto y a la par del tratamiento curativo activo de la enfermedad en forma organizada con asistencia integral y multidisciplinaria. La integración es fundamental para brindar adecuado control mediante la coordinación de la red asistencial de médicos tratantes, médicos interconsultantes, unidades de dolor, unidades de medicina paliativa, equipos de atención en domicilio, equipos de telemedicina, equipos de atención primaria y centros de salud en primer nivel de atención. Están encaminados al control de síntomas y al apoyo psico-social de pacientes y cuidadores en cualquiera de las fases de la enfermedad (desde el diagnóstico, aun en enfermedades potencialmente curables y durante su evolución) pueden ser proporcionado, en forma conjunta con terapias específicas curativas activas.

Bibliografía

- <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>
- http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009
- http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013
- http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014
- http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014
- http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051az.pdf>
- Beauchamp T & Childress J, Principles of Biomedical Ethics. (seventh Edition). Oxford: Oxford University Press, 2013.
- Schneiderman L, Commentary: Bringing Clarity to the Futility Debate:

Are the Cases Wrong? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1998;
7: 269-278.

- Christensen K, Applying the Concept of Futility at the Bedside.
Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1992; 1: 239-248.

LA VIDA HUMANA Y LA PENA DE MUERTE

Juan Pablo Saavedra Olea

Al iniciar este ensayo sobre la pena de muerte quiero destacar que no pretendo hacer una revisión histórica y legislativa de las que ya existen varias y algunas excelentes. Deseo abordarlo desde la perspectiva de las ideas. Curiosamente me viene de inmediato a la mente la idea sobre la vida, pues este es un binomio inseparable y antes de poder pensar en la muerte, es necesario establecer la primera idea –de la cual se desprende la segunda de forma natural–, y esta es la vida.

¿Qué es la vida?

La vida puede observarse desde muchas diferentes perspectivas. El quehacer del hombre, a lo largo de su historia, se ha centrado en gran medida, en la reflexión en torno a esta pregunta. Siempre y en el fondo de su actividad, principalmente en la intelectual, por lo menos de los últimos 30 siglos, ha intentado responder a esta pregunta y otras relacionadas con ella, no solamente sobre qué es, sino sobre cuál es su sentido, cómo vivirla y finalmente, si existe vida más allá de la vida en la que actualmente nos encontramos subsistiendo. Por lo tanto, cómo puede deducirse la pregunta, no es algo sencillo de contestar, pues, aunque se han dado muchas respuestas a lo largo de la historia y cada una desde su contexto socio cultural y espacial, la inquietud continúa subsistiendo y siendo vigente hasta el día de hoy, y con esa misma vivacidad interior

con la qué se la hicieron los antiguos helenos, la civilizaciones china e hindú, los romanos, Tomás de Aquino, los ilustrados y hoy nosotros mismos. A pesar de los fantásticos logros en los campos de la ciencia, de la medicina, de la tecnología, la física, y de la robótica, la inquietud permanece, pues obedece a otro principio más allá de lo material.

No es menester de este trabajo responder a todas las inquietudes relacionadas con la vida, no se pretende hacer un exhaustivo recorrido a lo largo de la historia y las repuestas dadas en su tiempo y momento como ya se dijo –pues sería un trabajo titánico, innecesario y finalmente continuamente inacabado–. Si observamos esta pregunta solo desde el relativismo de la época de quién se la hace y que además no pudieron ser ajenos a su bagaje cultural y temporal que indefectiblemente los condicionó en su repuesta, o si solo observamos desde un punto de vista meramente físico-químico, la idea sobre la pregunta de la vida seguirá existiendo sin respuestas mientras el hombre exista.

No deja de llamar la atención la sencillez y a la vez la complejidad de la vida y de la muerte, en el magnífico diccionario de politología de Bobbio, Matteucci y Pasquino¹ se definen muchas otras voces que son consecuencia o tienen su origen en éstas y, aunque la política gira en todos sus aspectos en torno a la vida o a la muerte, no se las menciona como tal. Muchos pueden decir válidamente que no es objeto de una obra de esa naturaleza definir que es la vida o la muerte, sin embargo, me parece que al ser el origen de la política la actividad humana, sería aparentemente lógica su definición en una obra de ésta naturaleza y que es de conocida consulta por muchos estudiosos de diferentes materias y no solo por los politólogos. Y como este ejemplo podemos citar varios más.

Desde un punto de vista meramente físico-químico podríamos dar una idea de la definición de vida en los siguientes términos:

¹ Bobbio Norberto y A.A.V.V., *Diccionario de Política*, Editorial: Siglo Veintiuno Editores, 2008, México.

“No existe una definición directa de vida, sino que, a partir de observaciones directas e indirectas del estado térmico de las estructuras vivas, podemos decir lo siguiente: ‘La vida es la dilación en la difusión o dispersión espontánea de la energía interna de las biomoléculas hacia más micro estados potenciales’”.

¿Por qué es tan difícil definir la vida? Esta pregunta tiene una respuesta concisa: porque la vida no es una cosa que pueda tocarse, sino un estado que solamente puede describirse operacionalmente.

“No podemos decir que la vida es un aliento, una brisa, ni la estructura x o y ; tampoco podemos decir que la vida sea una forma de energía; pero, sí podemos decir que la vida es un estado de la energía cuántica. Por supuesto, la vida está representada por los seres vivientes, sin embargo no podemos decir que los seres vivientes sean la vida, pues al morir éstos los seguimos teniendo como materia inerte, no viviente. Luego pues, la vida es un estado de la energía en ciertos arreglos de la materia a los cuales nosotros llamamos ‘seres vivientes’ o ‘biosistemas’”.

“Ahora pues, esos seres vivientes se distinguen de los seres inertes por un conjunto unitario de varias características, siendo las más importantes la organización molecular, la reproducción, la evolución y el manejo no-

espontáneo de su energía interna.”²

Ahora bien, esta visión de la vida es desde un punto de vista meramente científica, no concibe dentro de sí razón alguna que aporte dignidad a quien la posee más allá de la dignidad de su naturaleza por el solo hecho de existir, como pueden existir los soles y los sistemas estelares, o como puede existir un mineral, un vegetal, un perro, una ballena y finalmente un ser humano. Por tanto, si siguiéramos en esta línea de pensamiento, se pudiera concluir entonces que se puede disponer del “recurso” humano, como se puede disponer de otro recurso existente –como en el caso de la explotación pesquera, o la minera, etcétera–, pues desde esta idea lo único que se comparte es la bondad de existir, simple y llanamente.

Esta manera de entender la realidad de la vida ha llevado, a múltiples errores pues al ser la persona humana considerada un “recurso natural” como en los ejemplos mencionados, es lógico que sucedan abusos como en el caso de un Estado Totalitario, en el que el mismo Estado es el centro vital a conservar y resguardar, pudiendo entonces disponer para lograr este fin de la vida de todo lo llamado a la existencia dentro de los límites de su territorio.

Así las cosas, aunque se entienda y se sepa inhumano el actuar del Estado, en virtud de la suprarrelación existente entre éste y las personas, este actuar suyo se acepta como válido, pues la vida solo representa un recurso más que obedece a la lógica del bien general del Estado y no precisamente al bien de los que lo conforman, por extraño que esto parezca. Ejemplos de lo anterior tenemos muchos y variados en la historia en especial durante el siglo XX.

Entonces partiendo de esta idea, se puede disponer de la vida en todo su abanico de manifestaciones y por supuesto, de la vida de las personas, antes,

² Tomado de: <http://www.biocab.org/Definicion-de-Vida.html> (Visible para su consulta, el 8 de diciembre de 2016).

durante y después de su nacimiento, pues solo serían un medio más y no un fin en sí mismas.

Pero sí el fin justifica el medio, como sucedió y sucede, en estos Estados Totalitarios y en otras políticas públicas que para alcanzar un fin “mayor” hacen de la vida humana un simple instrumento como es el caso del control de la natalidad, el aborto, la eutanasia –para liberar al Estado del gasto que le representa la manutención hospitalaria de los enfermos terminales y/o crónicos–. Siguiendo esta lógica en aquellos lugares donde se han implementado dichas políticas, debieran ser especie de paraíso terrenal, sin embargo, lejos están de ello. ¿Pero cómo es esto posible? si se debiera haber alcanzado hace mucho tiempo ese estadio de perfección operacional esgrimido mediante el cual el fin justifica el medio, sin embargo, han fracasado y vuelto a fracasar a lo largo de la historia y regularmente solo han agravado y empobrecido más aún a aquellos a quienes se les pretendía mejorar la calidad de vida y oportunidades de desarrollo.

La pregunta obligada es entonces ¿por qué ha sucedido este resultado? La respuesta es sencilla, porque se ha pretendido deshumanizar al propio ser humano, robándole sus características o negándoselas y, la forma más sencilla de hacer esto es en primer lugar negándole su realidad trascendente y segundo materializándolo hasta el extremo.

El valor de la vida es algo inmaterial, es trascendente e intangible, es un don ajeno a las capacidades humanas y más allá de lo meramente materialista. No estoy negando la realidad científica que nos ha permitido como civilización gestar asombrosas proezas técnicas relacionadas con la vida, no, esto sería un absurdo. Me refiero a que la vida podremos manipularla y hasta cierto punto administrarla, pero no podemos otorgarla. Y tan no podemos otorgarla, que a pesar de la asombrosa capacidad técnica, no podemos revivir a alguien que ha muerto, aunque sus órganos vitalmente puedan ser funciona-

les, tan no podemos otorgarla, que, en otros mundos y sistemas a millones de kilómetros de distancia de nuestro sistema solar, anhelamos encontrar vida, ni siquiera con un nivel evolutivo en un grado vegetativo, el solo de encontrar un ecosistema fuera del planeta Tierra, formado a partir de seres unicelulares o a nivel viral, sería el verdadero descubrimiento del siglo. Podremos llevar la vida del planeta Tierra a algún lugar con condiciones geológicas y químicas similares a nuestro planeta, pero no podemos generar vida a partir de la nada en los planetas geológicamente inertes, como nuestra luna, o planetas que se encuentran en estado gaseoso.

Con esto tampoco quiero decir que en estos lugares no se pueda dar la vida –incluso a partir de otros elementos químicos diferentes al carbono, que dieron origen a nuestra vida–. No, la vida se puede otorgar en formas que ni siquiera entendemos, pero finalmente no se las habremos dado nosotros por nuestras capacidades puramente humanas, la vida seguirá siendo un don.

Lo existente, para decirlo de una manera muy sencilla posee grados de perfección, el primero y más sencillo es todo lo que existe, que puede ser visible o no visible, pero existe, puede ser una piedra o puede ser un rayo de luz infrarroja, sin embargo, en ambos casos, participan de lo que los filósofos han denominado “el Ser” pues existen, Son. El segundo nivel es un grado de perfección vegetativo, que ya implica un cierto grado de sofisticación más que solo el de la existencia, como la síntesis en una planta. Existe, pero genera con su existencia y obedeciendo a su naturaleza la condición para algo superior. El tercer nivel, es el sensible, esto es, el de un tigre o un simpático gato en casa, que puede a través de sus “bigotes” percibir los movimientos de su presa, ya sea un antílope o un ratón en la alacena. Lo percibe por los sentidos y actúa por su instinto, para alimentarse y perpetuar su especie.

La persona humana participa en su existencia, de estos grados de perfección, pero tiene dos elementos más que le diferencia radicalmente y la hacen

Ser Humano, que son: la voluntad y la libertad.

La voluntad para aceptar o rechazar algo que le resulte apetecible, o no, y la libertad para elegir entre el bien y el mal. Mientras en el tigre y el gato, se caza para poder mantener la vida –porque está es su naturaleza comportarse de ese modo–, en el caso del homicida, la causa por la que priva de la vida a su semejante, otro hombre, no necesariamente es por mantener la vida, sino por ambición o por simple placer, para satisfacer y afirmar su superioridad frente al otro.

Un cuchillo de la carnicería no es malo ni bueno per se solo posee la bondad de existir, el carnicero lo utiliza para preparar un succulento corte, o también puede que lo utilice para perpetrar un horrendo homicidio que le permita recibir una herencia, misma que le proporcionará satisfactores materiales y mujeres. Pero al fin, es el mismo cuchillo. Su naturaleza y su existencia no se ha modificado, lo que le da la diferenciación es la intencionalidad del carnicero al utilizarlo, y esa intencionalidad se la dá con su voluntad para cometer el delito y con su libertad al elegir esa vía, en lugar de aguardar la muerte natural de aquel que tras su muerte le beneficiará.

En el caso de un Estado –como en el primer ejemplo que comentábamos–, este es un “Ser” inmaterial, pues el Estado es en realidad “un ente de razón” y ¿quién le dá al Estado esta voluntad y esta libertad para ser usada con cierta intencionalidad? Se la dan sus órganos, que a su vez se encuentran constituidos por personas humanas que determinan políticas públicas a partir de una manera de ver y entender la realidad.

La voluntad y la libertad del Estado se manifiesta, para mencionar un ejemplo, en hacer una planta de generación eléctrica limpia y prácticamente perenne, a partir de la energía atómica, o en otro caso, para enriquecer Uranio y generar armas termonucleares de destrucción masiva. Pero ¿fue el Estado, como ente de razón quién ejerció su libertad y su voluntad? No, fueron las

personas humanas que conforman e integran sus órganos de decisión de políticas públicas, quienes hicieron uso de los atributos del ente de razón denominado Estado.

Ahora bien, a la luz de un proceso evolutivo simple, el hombre al tomar conciencia de sí mismo y del otro y sobre todo al darse cuenta del ejercicio de su voluntad y de su libertad, que lo coloca en un estado de suprarrelación con todo lo existente, y lo diferencia radicalmente de todo lo existente y en especial de los animales. Este es el principio que poseemos, y nos diferencia al otorgarnos la eminente dignidad que caracteriza a la Persona Humana.

Habíamos establecido al principio que lo anterior, es siguiendo la ruta físico química del orden natural. Sin embargo, el hombre, aunque tiene esta dimensión, también posee otra dimensión que lo hace trascendente y radicalmente superior a lo que es simplemente existente en la materia, y esta es su dimensión espiritual, y esta última es el sustento de la vida humana superior como la conocemos. Por esta razón el catecismo de la Iglesia Católica, señala:

“EL HOMBRE”

355 “Dios creó al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó, hombre y mujer los creó” (Gn 1,27). El hombre ocupa un lugar único en la creación: “está hecho a imagen de Dios” (I); en su propia naturaleza une el mundo espiritual y el mundo material (II); es creado “hombre y mujer” (III); Dios lo estableció en la amistad con él (IV).

I “A imagen de Dios”

356 De todas las criaturas visibles sólo el hombre es “capaz de conocer y amar a su Creador” (GS 12,3); es la “única criatura en la tierra a la que Dios ha amado por sí misma” (GS 24,3); sólo él está llamado a participar, por el conoci-

miento y el amor, en la vida de Dios. Para este fin ha sido creado y ésta es la razón fundamental de su dignidad:

«¿Qué cosa, o quién, fue el motivo de que establecieras al hombre en semejante dignidad? Ciertamente, nada que no fuera el amor inextinguible con el que contemplaste a tu criatura en ti mismo y te dejaste cautivar de amor por ella; por amor lo creaste, por amor le diste un ser capaz de gustar tu Bien eterno» (Santa Catalina de Siena, *Il dialogo della Divina provvidenza*, 13).

357 Por haber sido hecho a imagen de Dios, el ser humano tiene la dignidad de persona; no es solamente algo, sino alguien. Es capaz de conocerse, de poseerse y de darse libremente y entrar en comunión con otras personas; y es llamado, por la gracia, a una alianza con su Creador, a ofrecerle una respuesta de fe y de amor que ningún otro ser puede dar en su lugar.

358 Dios creó todo para el hombre (cf. GS 12,1; 24,3; 39,1), pero el hombre fue creado para servir y amar a Dios y para ofrecerle toda la creación:

“¿Cuál es, pues, el ser que va a venir a la existencia rodeado de semejante consideración? Es el hombre, grande y admirable figura viviente, más precioso a los ojos de Dios que la creación entera; es el hombre, para él existen el cielo y la tierra y el mar y la totalidad de la creación, y Dios ha dado tanta importancia a su salvación que no ha perdonado a su Hijo único por él. Porque Dios no ha cesado de hacer todo lo posible para que el hombre subiera hasta él y se sentara a su derecha» (San Juan Crisóstomo, *Sermones in Genesim*, 2,1:

PG 54, 587D - 588A)".³

Mencionamos anteriormente, que la vida es un don, un don gratuito que se nos ha obsequiado de manera generosa y sin que nosotros en tanto género humano, seamos capaces de condicionar su entrega, por eso es "don", que además dentro de la tradición de la cristiandad sabemos que el hombre es imagen de su superior, en tanto su imagen, más no en tanto su naturaleza, pues el hombre posee una naturaleza humana, mientras que en Dios existe una naturaleza divina, así como en los animales hay naturaleza animal y en las plantas una naturaleza vegetal.

Por esto un hombre, en cuanto género humano, tiene por hijo a un bebe humano, no un cachorro de tigre, y un tigre tiene un cachorro de tigre, no puede poner un huevo de gallina, pues, aunque comparte la naturaleza animal, su naturaleza es de la especie animal, la de tigre, no la de la gallina a la que sí corresponde poner un huevo.

La naturaleza de la vida en la persona humana es una dicotomía indivisible, porque es material y es espiritual. La vida humana es un estado de naturaleza racional, a diferencia de los Ángeles, es que su naturaleza orden exclusivamente espiritual.

El origen de la vida humana es entonces, resultado de un binomio indivisible entre el orden material, físico y químico, donde un espermatozoide y un óvulo generados por las células y las características de la genética y los orígenes de cada uno de los padres, se unen y condicionan al producto en sus características genéticas y de desarrollo futuro. Que comparte la naturaleza

³ A.A. V.V. Catecismo de la Iglesia Católica, conforme al texto latino oficial. Ed. Coeditores católicos de México. México. 2014. p.p. 101-102.

binómica de los padres, como persona humana. Más allá de la técnica utilizada en la unión de ambos materiales celulares, ya sea, mediante una relación sexual, o cómo resultado de alguna técnica de reproducción humana asistida.

Estos materiales genéticos se unen en uno solo, en el momento de la concepción, esto es, en el momento en el que el espermia penetra el óvulo y se convierte en persona humana. Que es nueva y es diferente de sus progenitores, con características propias. Persona humana que se encuentra en potencia, esto es, reúne en si todos los elementos y condiciones para desarrollarse hasta estar “de hecho” como adulto, es decir, está en potencia de y evoluciona a través de los procesos biológicos naturales correspondientes a la gestación a persona en “Acto”, en adulto, perfectamente desarrollado. Su entidad es así, única e indivisible, es la conversión de un conjunto de células determinadas por la biología de cada uno de los padres, que se convierten ahora en células de una nueva y diferente persona humana. Es el momento maravilloso de la concepción.

Además, a lo descrito en el momento de esta unión, se otorga o no, el don de la vida, no solo por el simple hecho de reunir los materiales genéticos de los padres, sino con motivo de la realidad de naturaleza espiritual que existe en el hombre y que es participada por Dios en el llamado a la vida. Por este motivo, la proyección trascendental del hombre, que obtiene la vida gratuitamente y su dignidad, eminente más allá de sus cualidades como ser humano material, pues es participado de una naturaleza espiritual y que juntos conforman el nuevo ser vivo, único, diferenciado y completo.

Esta es la razón por la que no podemos considerar nunca a las personas como medios para conseguir un fin, por más altos que estos parezcan, no podemos arrancarles su dignidad, no podemos disponer de ellas como cualquier otro recurso, pues siempre y mientras exista la vida mantendrán sus características desde su condición binómica, física y espiritual.

La Muerte.

La muerte en el plano biológico, es la consecuencia natural de la vida y ésta puede agruparse muy genéricamente en dos grupos principales: el primero, es la cesación de la vida de manera natural y por cualquier causa. La segunda, es la terminación de la vida por un hecho externo a la persona que sufre la muerte.

La muerte, desde el punto de vista de la biología, podría definirse cómo la interrupción total, definitiva e irreversible de la vida, manifestada en la incapacidad autónoma y sustentadora de la respiración, la circulación y la actividad eléctrica cerebral, durante un periodo prolongado y normalmente establecido en la Ley.

Pero la muerte no sucede como un todo biológico que se apaga de súbito. No, la muerte a diferencia de la vida, que se genera en un solo acto en el momento de la concepción, es progresiva y se va desarrollando en un primer momento en el colapso de los órganos vitales, para posteriormente continuar desarrollándose a nivel celular y en todos los tejidos del individuo, generando así el inicio del proceso generalizado de descomposición del cuerpo.⁴

Corresponde entonces a la medicina, determinar la muerte, interpretando los signos biológicos del sujeto y observando la normatividad de salud aplicable, para que así entonces, pueda el derecho positivo declarar la muerte legal del sujeto y con ello generar todos los efectos y consecuencias legales pertinentes.

La vida y la muerte en México, se declaran formalmente con la expedición del Acta del registro civil correspondiente, ya sea esta, de nacimiento o de defunción.

⁴ Para aquellos que no están familiarizados con la práctica médica, se pueden dar una idea bastante amplia sobre la muerte y su diagnóstico, en el trabajo de Jorge Avendaño H. Titulado "Concepto Médico-Legal de la muerte" que, aunque no es de reciente hechura, explora muy claramente la evolución y las diferentes maneras para el diagnóstico clínico y su determinación. Visible en la siguiente liga electrónica: <http://bit.ly/1nkcoum> (Consultada de su liga original, el 1 de marzo de 2017).

Una vez establecido lo anterior a manera de un esbozo de la muerte desde el punto de vista biológico y que no es menester de este trabajo su análisis concienzudo, quiero plantear el problema sobre la pena de muerte. Esto es, que recae sobre el segundo gran bloque señalado anteriormente. La pena de muerte es un hecho ajeno y externo a la persona que la sufre, y casi siempre rechazada por quien la padece.

En México durante el primer Gobierno Federal emanado del Partido Acción Nacional, encabezado por el ex Presidente de la República, Vicente Fox Quesada, quedó definitivamente derogada la pena capital, constituyendo este acto un hito en el Humanismo Político de la historia del País.

Dicha Reforma Constitucional se publicó en Diario Oficial de la Federación el día viernes 9 de diciembre del año 2005, y a la letra dice:

“DECRETO por el que se declaran reformados los artículos 14, segundo párrafo y 22 primer párrafo, y derogado el cuarto párrafo del artículo 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice:
Estados Unidos Mexicanos. - Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

“EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS

UNIDOS MEXICANOS, EN USO DE LA FACULTAD QUE LE CONFIERE EL ARTÍCULO 135 DE LA CONSTITUCIÓN GENERAL DE LA REPÚBLICA Y PREVIA LA APROBACIÓN DE LA MAYORÍA DE LAS HONORABLES LEGISLATURAS DE LOS ESTADOS, DECLARA REFORMADOS LOS ARTÍCULOS 14, SEGUNDO PÁRRAFO Y 22 PRIMER PÁRRAFO, Y DEROGADO EL CUARTO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 22 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Artículo Único. Se reforman los Artículos 14, segundo párrafo y 22 primer párrafo, y se deroga el cuarto párrafo del Artículo 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para quedar como sigue:

Artículo 14. ...

Nadie podrá ser privado de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las Leyes expedidas con anterioridad al hecho.

.....

Artículo 22. Quedan prohibidas las penas de muerte, de mutilación, de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales.

....

Derogado.

ARTÍCULO TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 8 de noviembre de 2005.- Dip. Heliodoro Díaz Escárraga, Presidente.- Sen. Enrique Jackson Ramírez, Presidente.- Dip. Marcos Morales Torres, Secretario.- Sen. Yolanda E. González Hernández, Secretaria.- Rúbricas.»

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, al primer día del mes de diciembre de dos mil cinco.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Carlos María Abascal Carranza.- Rúbrica.”⁵

Sin embargo, y a pesar de que parece nos encontramos ante unos avances significativos de los derechos humanos especialmente en las democracias modernas, entre en los que en su momento México se sumó en este esfuerzo como parte de los países abolicionistas para todos los delitos, en la realidad no es así. Por dos razones principales: la primera, por el número de verdadero espanto de las ejecuciones extrajudiciales y sumarias realizadas a lo largo y

⁵ Para su consulta, dicha publicación se encuentra visible en la siguiente liga electrónica: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2101602&fecha=09/12/2005
(Consultado en febrero de 2017).

ancho del territorio nacional a manos de la delincuencia organizada, con la omisión y en algunas ocasiones con la complicidad de la propia autoridad, lo que es aún más grave, siendo de hecho la aplicación de una pena capital; y por otro, dentro del ámbito internacional, las naciones que aún continúan aplicándola de forma ordinaria. Entre las que podemos encontrar democracias como los Estados Unidos de Norteamérica y otros, donde las libertades de las personas aún son derechos cuestionables por el Estado, como China y Sudan, entre otros.

Los métodos utilizados para algunos de estos países y por aberrante que nos parezca puedan suceder en pleno Siglo XXI. Son entre otros, la lapidación, el ahorcamiento, la flagelación, la amputación de miembros, el fusilamiento, la electrocución y en casos menos violentos, la inyección letal.

En México actualmente se escuchan numerosas voces, que opinan ante la incapacidad del Estado y de las autoridades en la persecución y castigo de los delitos que más afectan a la población, como son: el derecho de piso, el secuestro, la violación -en especial de infantes- el narcotráfico y el homicidio, por solo mencionar los principales, han llevado a contemplar nuevamente la vigencia de la pena capital. Incluso ha sido propuesto, como en el caso del Partido Verde Ecologista de México, como castigo a estos y otros delitos.

Esto nos lleva obligadamente a hacernos algunas interrogantes que parafraseando nuevamente al Aquinate, intentaremos responder. La primera, con relación a si es lícito aplicar la pena de muerte, la segunda, si es deseable la aplicación de la pena capital y finalmente la tercera, sobre la eficacia de su aplicación.

Desde el punto de vista de la licitud y partiendo de la realidad dicotómica de la persona ya señalado, el Catecismo de la Iglesia Católica nos dice en la parte relacionada con el quinto mandamiento que es: "No mataras", lo siguiente:

2258 “La vida humana ha de ser tenida como sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente” (Congregación para la Doctrina de la Fe, Instr. *Donum vitae*, intr. 5).⁶

Siguiendo el orden de las ideas señaladas respecto de la naturaleza de las personas, encontramos la clave del texto en la última línea del párrafo, donde dice “inocente” que nos dará la pauta, al siguiente texto:

2267 “La enseñanza tradicional de la Iglesia no excluye, supuesta la plena comprobación de la identidad y de la responsabilidad del culpable, el recurso a la pena de muerte, si esta fuera el único camino posible para defender eficazmente del agresor injusto las vidas humanas.

Pero si los medios incruentos bastan para proteger y defender del agresor la seguridad de las personas, la autoridad se limitará a esos medios, porque ellos corresponden mejor a las condiciones concretas del bien común y son más conformes con la dignidad de la persona humana.

Hoy, en efecto, como consecuencia de las posibilidades que tiene el Estado para reprimir eficazmente el crimen,

⁶ A.A.V.V. *Catecismo de la Iglesia Católica*, conforme al texto latino oficial. Ed. Coeditores católicos de México. México. 2014. p. 604.

haciendo inofensivo a aquél que lo ha cometido sin quitarle definitivamente la posibilidad de redimirse, los casos en los que sea absolutamente necesario suprimir al reo «suceden muy [...] rara vez [...], si es que ya en realidad se dan algunos» (EV 56)⁷.

A lo que responderíamos a la primera cuestión, sobre la licitud de la pena desde un punto de vista moral, la respuesta es: Sí, es lícita su aplicación. Pero establece también claramente algunas condicionantes serias a reflexionar previamente a su aplicación, a saber: que nunca se puede aplicar a un inocente; que fuera el único camino posible contra el agresor y finalmente que se encuentren en riesgo de perder la vida a causa del agresor varias personas. Sin embargo, acota después, que si existen los medios para proteger la seguridad de las personas con la aplicación de otras medidas, se opte por la segunda, con lo que prácticamente quedaría sin efecto la primera parte, pues siempre existirán otras medidas iguales o más eficaces para contener al infractor y proteger a la sociedad.

Santo Tomás de Aquino en la Suma Teológica, también señala que:

“Todo poder correctivo y sancionario proviene de Dios, quien lo delega a la sociedad de hombres; por lo cual el poder público está facultado como representante divino, para imponer toda clase de sanciones jurídicas debidamente instituidas con el objeto de defender la salud de la sociedad.”⁸

La licitud en la pena entonces a partir del derecho positivo, se la otorga el

⁷ Ibid. p. 605.

⁸ Santo Tomás de Aquino. *Suma Teológica*. Vol. III. Sección segunda de la segunda parte, Cuestión LXIV, artículos I-II-III. Ed. Moya y Plaza. Madrid, 1882.

Estado al contemplar su vigencia dentro de su sistema de normas jurídicas vigentes y agotando los extremos que exige el proceso legislativo formulador de las leyes y establecido en la propia ley. Cuestión que, en México, el mismo legislador a través de este sistema mencionado, derogo.

Se buscaron los métodos alternativos más acordes con la dignidad de las personas y en el mismo sentido de armonizar la Constitución Política del país junto con sus Leyes reglamentarias a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, celebrada en San José de Costa Rica del 7 al 22 de noviembre de 1969.

En su artículo 4. "Del derecho a la vida".⁹ Se señala claramente, que no puede volver a imponerse la Pena de Muerte dentro de un Estado que ya la abolió.

Establecido el origen de la licitud y la moralidad respecto la aplicación de la pena de muerte, podemos preguntarnos entonces, si es deseable la aplicación de la pena capital como muchas voces en la actualidad señalan, y aquí la respuesta es: No.

En primer lugar y como quedó establecido en la primera parte sobre la vida, más allá de credos y de filias, la vida es un don otorgado al hombre, ya sea visto desde el punto de vista de la ciencia, ya sea visto desde el punto de vista de la fe. No podemos tomar lo que no es nuestro. Mucho menos algo vital y que posee todas las cualidades para subsistir independientemente. Si no podemos crear la vida ¿Por qué sí podríamos tomarla? Más aún cuando tenemos los medios más que suficientes para erradicar el peligro social que

⁹ Consultado en: <http://bit.ly/2nQn5q5> (Visible para su consulta el 2 de diciembre de 2016). Artículo 4. Derecho a la Vida; 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente; 2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente; 3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido; 4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos; 5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez; 6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

representa el delincuente, con otras formas mucho más acordes con la dignidad humana que todos compartimos en nuestra naturaleza, como ha quedado establecido.

Sería un exceso de fuerza innecesario, por muy grave que sean los delitos cometidos por el infractor. Es aquí donde precisamente se puede constatar el grado de civilización de una sociedad, en la manera en que trata a sus mismos agresores, de otra suerte estaríamos nuevamente en la época de las cavernas y aplicando la ley del más fuerte, la pura fuerza bruta, dejando de lado 20 siglos de civilización que ya ha costado un precio de sangre altísimo en vidas humanas. Debemos procurar una actitud tendiente a una actitud prudencial respecto del tema, aún y cuando nos sea lícito hacer uso de este medio extremo.

Desde la visión del mundo jurídico legal, México se encuentra obligado a partir del año 2005 por los instrumentos Internacionales que con éste motivo suscribió y ratificó el Estado Mexicano, sobre la Convención Americana sobre los Derechos Humanos y otros instrumentos posteriores, se señala con toda claridad que no se reestablecerá la pena en los Estados que la hubieren abolido. Sumado a esto, debemos siempre de aplicar el principio penal de aplicación de la ley que resulte más favorecedora y no por el contrario, aplicar la ley más desfavorablemente al delincuente, por horriblos que nos parezcan sus crímenes.

Debemos tomar en consideración, además, que en las democracias que aún se encuentran en muy incipientes estados de desarrollo como la nuestra, en comparación con otras democracias occidentales con más de 1,000 años de historia como la Suiza, es verdaderamente pequeño el grado de confiabilidad de la inmensa mayoría de nuestros gobiernos en todos sus niveles. Dónde el poder Judicial y la impartición de justicia es altamente dudosa y que se suman además la arbitrariedad de muchos actores y factores del poder. Sería el equivalente de dar a un niño de pocos años un arma cargada y sin seguro.

El resultado sería no solo que lastimara al inocente frente a él, sino el peligro que para él mismo le representa manipular esta arma, con las consecuencias gravísimas, sino fatales que le pueden conllevar.

Sería gravísima la cantidad de “chivos expiatorios”, de acomodados políticos, revanchismos y vendetas que acarrearía su aplicación solo justificándolo con el pobre argumento de la eliminación del problema desde la raíz.

Si no somos capaces por las razones que sean, ni siquiera de tener alternancia política derivada de procesos genuinamente democráticos en varias entidades de la Federación, y si en algo tan simple, se dan la cantidad de violaciones a los derechos que son de dominio público ¿cuántas no serían con un poder de ese tamaño en manos tan poco prudentes?.

La respuesta entonces a la pregunta sobre si es deseable la re-tipificación en México, la respuesta es un rotundo: No.

Finalmente, y sobre la cuestión relacionada con la eficacia en la disuasión del infractor para cambiar su modo de actuar por el peligro que le representa la aplicación de la pena capital, la respuesta es, que dicho incentivo es completamente ineficaz.

Basta con revisar los países donde se aplica actualmente la pena de muerte para darnos cuenta que su aplicación es una medida inhumana y nada eficaz para aminorar los crímenes violentos o gravosos para la sociedad. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) solo durante 2015 se registraron en México 20,525 homicidios¹⁰ cifras que según otras fuentes no oficiales, no corresponden con la realidad. Por citar un ejemplo, la revista política Proceso según sus propias investigaciones, solo entre el 31 de diciembre de 2012 y el 31 de agosto de 2016 –es decir durante el primer trienio del

¹⁰ El documento completo sobre los datos preliminares, que se puede consultar en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_07_04.pdf revela que solo en 2015, se registraron 20 mil 525 homicidios. Con información a nivel nacional y por entidad federativa.

sexenio del actual Gobierno Federal emanado del Partido Revolucionario Institucional (PRI)–, ocurrieron más de 78 mil 109 homicidios dolosos en el país.¹¹

Esto y para efecto de nuestro interés, significa que los delincuentes son plenamente conscientes de que en algún momento determinado y derivado de su actividad delincuencial perecerán, pero esto no los hace variar de su actividad, solo asumen este hecho como parte de ella, bajo el adagio popularizado entre ellos que dice: “más vale un día como rey, que una vida como buey”. Así las cosas, la existencia de una ley positiva y vigente sería completamente ineficaz como medio para frenar la escalada de violencia en la sociedad.

En otras sociedades como la norteamericana, donde algunos Estados de la Unión tienen actualmente vigente la pena capital, tampoco tienen cambios significativos en la disminución de los delitos, sin embargo, si tienen muchas quejas de presuntos condenados a muerte que son inocentes. Si esto sucede en un país donde su orgullo principal es su poder Judicial ¿qué resultados obtendríamos en una sociedad como la mexicana? los hechos se explican por sí mismos.

Por tanto, concluimos, que esta medida resulta altamente ineficaz y no representa en medida alguna la vía que coadyuve con la disminución de la actividad delincuencial. Por tanto, la respuesta a la pregunta, es: Resulta una medida altamente ineficaz y el costo beneficio de una pena de esta naturaleza, resulta muy alto y peligroso socialmente.

Podemos decir entonces que la verdadera solución no se encuentra en las penas que se puedan establecer para los delitos, tampoco está en los centros de reclusión que cada día resultan ser mejores escuelas del crimen. La respuesta debe buscarse bajo otros argumentos que no sean meramente reacciones ante una problemática social que nos disgusta. Las raíces debemos buscarlas en otras fuentes diferentes y observar nuestra realidad social como un todo,

¹¹ El artículo puede consultarse en: <http://bit.ly/2mSXkV3> (Visible para su consulta el 17 de marzo de 2017)

revisar la historia, pues solo aquellos que saben de dónde vienen, pueden saber quiénes son y así saber dónde desean llegar y esta es una tarea pendiente.

Las soluciones a los conflictos no se pueden resolver igualmente desde la violencia que las ha generado, pue como decía anteriormente, en estas repuestas es donde demostramos el grado de civilidad y desarrollo que una sociedad alcanza.

La solución está en la educación. En el cambio de paradigmas sociales, no en recetas mágicas e ilusorias, el peligro más grave del que cualquier Nación debe guardarse, es el de la ignorancia. Y no con esto me refiero al cúmulo de conocimientos y habilidades que se deben inculcar como herramientas básicas de una sociedad, me refiero al cambio de mentalidad de la Nación, de su pueblo, al sentido de la responsabilidad, del trabajo, de la rectitud, de la solidaridad y la subsidiariedad social. En una palabra, de la capacidad de los gobernantes y de los ciudadanos de crear seres humanos íntegros, capaces y en sinergia de construir un verdadero bien común para la Nación.

Cuando seamos capaces de alcanzar este objetivo, entonces las heridas sociales comenzaran a sanar y de manera natural comenzaremos a cosechar los frutos de esta difícil tarea, pues el bien engendra y reproduce más bien, al igual que el mal que ahora padecemos y que estamos llamados a combatir. No con puertas falsas, como la pena de muerte. Sino con la generación del bien común.

Entonces comenzara a existir un verdadero estado de derecho, que conlleva la seguridad jurídica y el término de la impunidad, origen verdadero de todos los males de la sociedad y cultivo que reproduce exponencialmente a la corrupción y todos los males humanos.



Bibliografía para consulta

- A.A. V.V. Catecismo de la Iglesia Católica, conforme al texto latino oficial. Ed. Coeditores católicos de México. México. 2014.
- Albert Camus y Arthur Koestler. Reflexiones sobre la Pena de Muerte. Trad. Refléxions sur la peine capitale (1957) Ed. Kadmos, S.C.L. Salamanca, España. 2011.
- Elio Sgreccia. Manual de Bioética Vol I, Fundamentos y ética biomédica. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos. 3era Imp. Madrid, España. 2015.
- Jorge Peralta Sánchez. Pena de muerte, Aborto y Eugenesia. La vida como valor y el derecho positivo. Ed. Joaquín Porrúa, S.A. de C.V. México. 1988.
- Juan Federico Arriola. La Pena de Muerte en México. Ed. Trillas S.A. de C.V. 5ª edición. México. 2014.
- Mauricio Beuchot. Introducción a la Filosofía de Santo Tomás de Aquino. Ed. Instituto de Investigaciones Filológicas, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1992.

V

BIOTECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

GENOMA HUMANO. REGULACIÓN DEL ESTADO Y EN QUÉ CONSISTE

Dora Gilda Mayén Molina, MD, PhD

Resumen

1. El genoma humano está constituido por ADN, que contiene la información biológica necesaria para formar y mantener un organismo, duplicarla, transmitirla, expresarla y permite la posibilidad de sufrir cambios conocidos como mutaciones.
2. El genoma humano se divide en nuclear y mitocondrial.
3. La diversidad genética es un proceso natural y evolutivo que modifica a los organismos.
4. El estudio las variantes genéticas ha permitido grandes avances en el área biomédica, forense y en el conocimiento de mecanismos de algunas enfermedades genéticas, susceptibilidad a enfermedades comunes y la respuesta del individuo a diferentes fármacos.
5. El hallazgo más importante del proyecto del genoma humano (HGP) fue que solo alrededor de 20,000 genes son codificantes es decir se expresan y transcriben para una proteína

6. La Medicina Genómica se refiere a la identificación de genes que causan enfermedad así como genes que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad y éstos últimos se conocen como genes de susceptibilidad.
7. La Medicina Genómica permite migrar de una medicina curativa a una predictiva y preventiva, es decir medicina personalizada.
8. El hallazgo más importante del proyecto Enciclopedia de elementos de ADN (ENCODE) fue que gran parte de las regiones no codificantes, a pesar de no transcribir para una proteína o desarrollar una señal bioquímica característica y reproducible como en la cromatina, sí son funcionales.
9. El 99% del genoma humano está implicado con mecanismos de regulación.
10. Aún quedan preguntas por resolver y la información obtenida en ambos proyectos debe ser analizada cuidadosamente

Genoma humano. Regulación del estado y en qué consiste

El genoma del ser humano está constituido por ADN, que contiene la información biológica necesaria para formar y mantener un organismo, duplicarla, transmitirla, expresarla y permite la posibilidad de sufrir cambios conocidos como mutaciones, las cuales en su mayoría son de carácter evolutivo pero que en otros casos dan origen a enfermedades genéticas con patrones de herencia diversos. Esta información biológica está codificada y dividida en unidades llamadas genes.

El genoma humano se divide en nuclear (99.9995%) y mitocondrial (0.0005%). El genoma nuclear haploide contiene alrededor de 26,000 genes y existen secuencias cuya función se desconoce. El genoma mitocondrial contiene únicamente 37 genes.¹

¹ Cervantes A, López M, Arenas D, Peñalosa R: "Bases moleculares de la herencia". En: Del Castillo Ruiz V, Uraga Hernández RD, Zafra de la Rosa G: *Genética clínica*. Capítulo 2, pag. 11-36. Ed. El Manual Moderno, México DF 2012. ISBN: 978-607-448-251-5

El genoma nuclear se encuentra dividido en 24 moléculas lineales de ADN de doble cadena cada una contenida en un cromosoma diferente. La cromatina es una molécula estructural formada por ADN, ARN y proteínas y se encuentra dentro del núcleo. El genoma mitocondrial contiene un solo tipo de molécula de ADN circular, las células humanas contienen miles de copias de ADN mitocondrial y en una célula somática humana el genoma mitocondrial corresponde al 0.5% del ADN total, sin embargo en ovocitos maduros existen más de 100,000 copias del DNA mitocondrial por lo que en este caso corresponde a la tercera parte del contenido de DNA celular total. El DNA mitocondrial presenta varios SNP y regiones altamente polimórficas, éstas se han empleado para realizar filogenias moleculares en una misma población o entre poblaciones de una misma especie.²

La diversidad genética es un proceso natural y evolutivo que modifica a los organismos. El estudio de estas variantes ha permitido grandes avances en el área biomédica, forense y en el conocimiento de mecanismos de algunas enfermedades genéticas, susceptibilidad a enfermedades comunes como la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares entre otras y la respuesta del individuo a diferentes fármacos. Estas variantes se han clasificado en cinco grupos: polimorfismos de restricción de longitud variable (RFLP), minisatélites o repeticiones en tandem de número variable (VNTR), microsateles o repeticiones cortas en tandem (STR), polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) y variaciones en el número de copia (CNV).³

Los estudios en genética inicialmente consistían en el abordaje clínico del paciente a través de la elaboración de la genealogía, la exploración física desde un punto de vista dismorfológico y la realización de un estudio citogenéti-

² Peñaloza R, Cerda R: "DNA mitocondrial humano: polimorfismo y variabilidad en las poblaciones". En: Del Castillo Ruiz V, Uranga Hernández RD, Zafra de la Rosa G: *Genética clínica*. Anexo II, pag. 45-48. Ed. El Manual Moderno, México DF 2012. ISBN: 978-607-448-251-5

³ López M, Cervantes A, Monroy N: "Variación genética humana". En: Del Castillo Ruiz V, Uranga Hernández RD, Zafra de la Rosa G: *Genética clínica*. Anexo I, pag. 39-44. Ed. El Manual Moderno, México DF 2012. ISBN: 978-607-448-251-5.

co o cariotipo en el caso de sospechar una enfermedad cromosómica como la trisomía 21 conocida también como síndrome de Down, hasta la década de los ochentas cuando se desarrollaron nuevas técnicas de biología molecular.⁴

Con nuevos elementos de estudio se desarrolló el proyecto del genoma humano (HGP, por sus siglas en inglés) que inició en 1990 y concluyó en 2003, participó la comunidad científica de diversos países y su objetivo fue la secuenciación del genoma humano, el hallazgo más importante fue que solo alrededor de 20,000 genes son codificantes es decir se expresan y transcriben para una proteína.⁵

Los hallazgos en este proyecto generaron conocimientos importantes y se aplicó el término de “medicina genómica”, si bien este término se había acuñado desde 1987 y parecía un tanto complejo se refiere principalmente a la identificación de genes que causan enfermedad así como genes que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad y éstos últimos se conocen como genes de susceptibilidad. La realización de estos estudios permiten migrar de una medicina curativa a una predictiva y preventiva, es decir medicina personalizada.

Posteriormente en 2003 se desarrolló un proyecto internacional conocido como Enciclopedia de elementos de ADN (ENCODE, por sus siglas en inglés) y su objetivo fue interpretar los hallazgos del proyecto anterior y mapear los elementos funcionales del genoma humano, su hallazgo principal fue que gran parte de las regiones no codificantes, a pesar de no transcribir para una proteína o desarrollar una señal bioquímica característica y reproducible como en la cromatina, sí son funcionales. También se estudiaron mecanismos epigenéticos relacionados con la regulación de la cromatina para transcribir y finalmente se concluyó que el 99% del genoma humano está implicado

⁴ Lisker R: “Importancia de la genética en medicina”. En: Del Castillo Ruiz V, Uranga Hernández RD, Zafra de la Rosa G: *Genética clínica*. Capítulo 1, pag. 1-9. Ed. El Manual Moderno, México DF 2012. ISBN: 978-607-448-251-5.

⁵ Green ED, Watson J, Collins F: *Twenty-five years of big biology*. Nature 526.7571 (2015): 29-31.

con mecanismos de regulación.⁶

Aún quedan preguntas por resolver como la función de diversos genes, re-definir lo que es un segmento de ADN “funcional” e incluso lo que es un gen ya que éste no puede ser visto ya como un componente unitario sino considerar que cada elemento del genoma tiene múltiples componentes que interactúan directa o indirectamente con otros elementos genómicos por lo que la información obtenida en ambos proyectos debe ser analizada cuidadosamente.⁷

Reflexiones acerca de la generación de conocimientos a partir de los estudios sobre el genoma humano y su aplicación

- Asesoramiento genético pre y post-prueba. El manejo de la información con asesoría de un profesional previo y posterior a la realización de estudios es de suma importancia para una adecuada interpretación y aplicación en medicina. Por ejemplo el acceso a realizar pruebas genéticas por internet favorece que el usuario pueda solicitar pruebas fuera de contexto, sin entender sus alcances ni su validez clínica, para lo cual se requiere fomentar y regular en las empresas que ofrecen dichos estudios la transparencia, educación a los proveedores y vigilancia de las pruebas y laboratorios.
- Confidencialidad. Es importante anticipar al paciente el hallazgo de resultados inesperados ó resultados que implican riesgo para los familiares o la pareja durante el asesoramiento previo al estudio a través del proceso de consentimiento informado verbal y escrito.
- Terapia génica. Es la manipulación del ADN de células vivas con el fin de curar o mejorar la evolución de una enfermedad, actualmente se realiza en

⁶ Diehl AG, Boyle AP: Deciphering ENCODE. Trends in Genetics, 2016, vol. 32, no 4, p. 238-249.

⁷ Morales F, Góes A: “A decade of human genome project conclusion: Scientific diffusion about our genome knowledge”. Biochemistry and Molecular Biology Education, 2016, vol. 44, no 3, p. 215-223.

células somáticas y no aún en germinales. El gen purificado y terapéutico se introduce a través de un vector –generalmente un virus– y se puede realizar in vivo (directamente en el individuo) o ex vivo (extraer células del paciente e “infectarlas” con el virus o vector que contiene el gen terapéutico para posteriormente re-introducirlas al paciente).

Glosario de términos

ADN

Ácido desoxirribonucleico, constituye el genoma humano. La mayor parte se encuentra dentro del núcleo de la célula y una menor proporción en las mitocondrias en el citoplasma de la célula.

Cromosomas

Son estructuras que contienen al ADN. La especie humana cuenta con 46 cromosomas, lo que se conoce como número diploide, dado que cada uno de los progenitores aporta la mitad de éstos es decir 23, que es el número haploide.

Gen

Unidad hereditaria constituida por ADN que contiene la información biológica que codifica para una proteína, a través de la cual expresa su función así como regiones implicadas en regular su expresión.

Núcleo celular

Organelo presente en toda célula humana que contiene el material genético de una persona organizado en moléculas de ADN y asociado a proteínas histonas. Su función es mantener la integridad del genoma y regular las funciones celulares a través de la expresión de sus genes. Es el centro del control de la célula.

Mitocondrias

Organelos presentes en toda célula humana encargados de proporcionar la energía necesaria para la actividad celular. Contiene además genes mitocondriales que se heredan únicamente por línea materna.

Célula somática

Se refiere a todas y cada una de las células del cuerpo del ser humano, contiene el material genético contenido en 46 cromosomas (número diploide).

Célula germinal

Se refiere al óvulo y al espermatozoide humanos que contienen la mitad del material genético que requiere un individuo, es decir 23 cromosomas (número haploide). Estas células al fusionar su material genético durante la fecundación o concepción originan 46 cromosomas en forma normal.

Cromatina

Estructura macromolecular compuesta por ADN y proteínas básicas llamadas histonas que en conjunto presentan diferentes grados de enrollamiento para formar un cromosoma.

Mutación

Cambios en la secuencia de ADN que generalmente corresponden a fenómenos evolutivos relacionados con la adaptación de los organismos, pero que en otros casos dan origen a enfermedades genéticas con patrones de herencia diversos.

Epigenética

Mecanismo reversible que modifica el genoma y puede heredarse, pero que no implica cambios en la secuencia de ADN.

Polimorfismo

Variante molecular, bioquímica o cromosómica que se presenta en al menos el 1% de la población general, que por sí misma no condiciona enfermedad. Es parte de la variabilidad genética entre los individuos y en algunos casos puede conferir predisposición o susceptibilidad a algunas enfermedades o individualizar la respuesta a fármacos.

Nucleótido

Unidad fundamental de los ácidos nucleicos, formado por una base nitrogenada, azúcar y fosfato.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Martha Tarasco Michel MD, PhD

Resumen

- Publicar es la recompensa para los investigadores científicos.
- Por eso debe haber leyes que vigilen y sancionen la autoría inapropiada (en la que alguien que no ha trabajado aparece como autor); autoría fantasma (alguien escribe y otro aparece como autor); conflicto de interés (un investigador publica lo que la compañía farmacéutica quiere); o plagio (copia textual o parafraseada de otros autores).
- Los editores de las publicaciones científicas tienen un rol fundamental en la prevención y el remedio de la mala práctica científica.
- La participación de los sujetos de investigación debe ser libre y voluntaria y deben poder abandonar el estudio cuando lo deseen. Y nunca debe hacerse con población vulnerable. Además el sujeto de investigación, debe de poder gozar de los avances de la misma.
- El conocimiento científico busca la causa de los fenómenos medibles o cuantificables. Es objetivo, pero la realidad humana abarca mucho más que la realidad física.

Introducción

Dentro de las variedades metodológicas de la investigación clínica, puede haber estudios descriptivos, y experimentales. Su objetivo es el de conocer un fenómeno fisiológico,¹ patológico,² diagnóstico o terapéutico. Como por ejemplo, describir la distribución de las enfermedades y eventos de salud en poblaciones humanas, así como de descubrimiento, o la caracterización de las leyes que gobiernan o influyen en estas condiciones.³ A nivel de resultados se espera que a través de los aportes que haga la investigación, se ayude a mejorar el conocimiento de los fenómenos biológicos, normales o patológicos y a mejorar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la salud. Así como a prevenir las causas que la originan, tanto para las enfermedades a nivel individual, como colectivas. Y por ello, aunque hay fases experimentales previas en animales, cuando se trata de la investigación de sustancias nuevas, en farmacología, la investigación clínica se realiza en última instancia en individuos humanos. Este es el motivo por el cual debe de preverse el riesgo que la investigación implique, mismo que tiene que ser reducido tanto cuanto sea factible, y siempre ser menor que el beneficio esperado.⁴ Tanto de manera inmediata de la investigación, como a largo plazo, por posibles secuelas.

Todo acto humano tiene unos elementos conscientes que son una finalidad, se puede llevar a cabo por diversos de medios, y se da en circunstancias determinadas de tiempo, espacio, sociales y personales. En la investigación teórica, básica, de campo o clínica, las reglas del acto humano se aplican para juzgar su eticidad.^{5,6} Muchos eticistas se centran en el análisis de los medios y sobre todo aquellos de corrientes pragmáticas y liberalistas enfocan su interés

¹ La fisiología estudia las funciones de los distintos elementos.

² La patología estudia las enfermedades, su acción en el organismo, su historia natural, su forma de adquisición, sus secuelas, etc...

³ Hernández MA, Garrido LF, López MS. Diseño de Estudios Epidemiológicos. *Salud Pública de México*; 2000; 42 (2):144-154.

⁴ Kazdin AE. "Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care". *American psychologist*. 2008 Apr;63(3):146.

⁵ Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical?. *Jama*. 2000 May 24;283 (20):2701-11.

⁶ García MM. *Lecciones Preliminares de Filosofía*, Editorial Porrúa, México, D.F. 2001: 247-251.

en las circunstancias. Sin embargo para la ética en general, y sobre todo la que está centrada en la dignidad de la persona, es necesario tomar en cuenta cada uno de los elementos del acto humano, es decir finalidad, medios, y circunstancias. Así investigar per sé, es bueno ya que el conocer más, es la búsqueda de la verdad y este hecho es correcto, y ayuda al perfeccionamiento del hombre. En cuanto a la finalidad de ese conocimiento, éticamente debe establecerse, antes de empezar la investigación. Los medios no deben ser nunca contrarios a la naturaleza ontológica del investigador, ni de quien sea el sujeto de investigación (esto ayuda en el caso de los animales a no infringir un dolor o sufrimiento innecesarios), y las circunstancias deben nuevamente corresponder a aquellas que no vayan en contra o mejor aún, propicien el respeto por la naturaleza ontológica del hombre aún si la investigación fuera en animales o teórica.⁷

Investigar éticamente requiere sin duda un propósito ético, es decir una finalidad de hacer el bien. Ello implica una construcción ética del conocimiento y una distribución universal de los resultados que sean benéficos, y del conocimiento nuevo; utilizar medios adecuados (nunca usar al ser humano como un medio, aunque se puede hacer investigación en humanos); y que las circunstancias sean las adecuadas: es decir, donde el sujeto de estudio pueda ser libre para decidir si desea participar en la investigación y si desea dejar de participar, en cualquier momento de la investigación, así como a gozar del fruto de dicha investigación, si llegara a haberlo. Es decir, no se puede presionar a personas con privación de la libertad, o en cualquier condición de vulnerabilidad para participar en un protocolo de investigación.⁸

La investigación para la medicina “del deseo”

Algunas investigaciones están enfocadas a buscar la modificación de límites normales del cuerpo y / o de la función humana, sin que se trate de una patología,

⁷ Gamboa JD, Tarasco M, “Ética en la investigación Clínica”. En: *Introducción a la Bioética*. Kuthy J., Villalobos J.J, Martínez O., Tarasco M. (eds). Méndez Editores, S.A. de C.V., 4° edición 2015. Capítulo 22, Pgs. 417- 442 . México, DF. ISBN 978-607-7659-00-6.

⁸ Glickman SW, McHutchison JG, Peterson ED, Cairns CB, Harrington RA, Califf RM, Schulman KA. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research.

sino solo por el deseo de lograr algo diferente a la estructura orgánica normal. La mayoría de éstas están relacionadas con la investigación en biotecnología.⁹ Si no buscan curar enfermedades, sino suplantar un órgano, tejido o función sana por otra, no están respetando la naturaleza y dignidad humanas. Esto las hace éticamente negativas, o por lo menos fútiles y peligrosas.

Otros casos similares, desde el punto de vista ético, son aquellos en los que da la impresión que los problemas que actualmente analiza la bioética, solo estuvieran interconectados por un avance desmedido de la biotecnología.¹⁰ O, más aún, por razones económicas de crear consumidores para la venta de los productos que desarrollan antes de que se necesiten.

En ambos casos se evidencia una sobre utilización de la biotecnología, que no necesariamente, busca el bien del paciente. Pero es importante subrayar, que existe un nivel de relación entre los distintos problemas aún más profundo. Éste se refiere a la idea irreal de que los límites de existencia de la persona humana no existen, o pueden ser manipulados por el hombre. Sin lugar a dudas es algo lógico el vencer ciertos límites vitales, tales como vencer las enfermedades y con ello incrementar la edad de sobrevivencia de la población. O vencer el límite del dolor, para que el paciente no sufra.¹¹ Pero estos casos tienen una constante de gran importancia: tratan de mejorar alguna función que está enferma. No suplen una función enferma para obtener un resultado deseado, de alguna función que no se requiera para la vida, sin curar la enfer-

⁹ Marcuse, H., *El hombre unidimensional*, Planeta, Barcelona 1985, p. 22.

¹⁰ Hoffman DC. A modest proposal: toward improved access to biotechnology research tools by implementing a broad experimental use exception. *Cornell L. Rev.* 2003; 89:993.

¹¹ Ruse, Michael, ed. "What the philosophy of biology is: essays dedicated to David Hull". Vol. 32. Springer Science & Business Media, 2012.

medad¹² ni buscan manipular la especie a través de biotecnología.^{13, 14}

El avance ha sido tal que se han logrado injerencias sobre los límites del inicio y del final de la vida, pero también sobre límites reproductivos, sexuales, genéticos,... Y así no solo se ha logrado aislar a la persona humana de su interrelación indispensable con otros, sino también de lo que significa su propia identidad. Ontológicamente la persona humana posee una dimensión diferente de la de cualquier otro animal, y su naturaleza es inmutable. Esta naturaleza implica entre otras cosas que somos no solo finitos, sino también limitados.¹⁵

Algunas investigaciones se dirigen a lograr evitar los límites naturales de nuestra existencia: Ejemplo de estas son las cirugías cosméticas cuando no hay defectos físicos;¹⁶ o bien tratar de alargar el tiempo de vida con medidas desproporcionadas;¹⁷ o la selección de embriones en las técnicas de reproducción asistida; o el congelamiento de cuerpos (embrionarios o adultos); o las cirugías para modificación de genitales para cambio de sexo, etc... Y todas estas acciones se toman por el paciente y el equipo de médicos, porque son factibles, gracias a la investigación.

Al lograrse, van a influir en una incorrecta percepción sobre la naturaleza

¹² Las técnicas de reproducción asistida, no curan la infertilidad. Tener un hijo biológico, aún siendo un bien tan deseable, no constituye una necesidad vital, y las técnicas, además de sacrificar a muchos embriones en el proceso, y de incrementar el riesgo para los sobrevivientes, suplantando el acto fisiológico de tan grande significado antropológico, por una técnica, que además, resulta ser muy poco eficiente.

¹³ Esta manipulación de la especie, y de la evolución, es lo que propone el transhumanismo, a través de suplantación de funciones sanas, por funciones cibernéticas que puedan ser reemplazables, si fuera necesario o si hubiera nuevos avances. De la misma manera al lograr el "mejoramiento" o *enhancement*, en su término en inglés, también se pretende lograr insertar genéticamente elementos cibernéticos, hasta llegar a organismos *transhumanos*, para después evolucionar a los "cyborgs", en los que la reproducción ya supondría dar a luz hijos con componentes biotecnológicos integrados, así como ser capaces de crear una fuente única de almacenamiento cerebral, que con códigos binarios pueda ser el receptáculo de la inteligencia de todos los "humanos". Se le denomina en inglés *mind uploading*. El transhumanismo también propone alargar la vida en unos 500 años. Ya hoy existen compañías que congelan organismos con alguna enfermedad, para despertarlos, cuando exista una cura para ello. Esto también constituye una falta de aceptación de que toda persona es finita.

¹⁴ Ferrando F. "Posthumanism, transhumanism, antihumanism, metahumanism, and new materialisms". *Existenz*. 2013;8(2): 26-32.

¹⁵ Pinker S. "The blank slate": *The modern denial of human nature*. Penguin; 2003.

¹⁶ No es una crítica a la cirugía cosmética, pero sin lugar a dudas clínicamente hay evidencia de que se suele abusar de la misma, por una falsa percepción del propio cuerpo, lo cual es un riesgo para la salud del paciente. Pero que además en el terreno de la investigación puede parecer por lo menos, superficial.

¹⁷ Se le denomina ensañamiento terapéutico.

humana, interpretándola como mutable. Se cree que: si el hombre domina las fuerzas de su cuerpo, será capaz de tener el dominio potencial de las fuerzas de la naturaleza¹⁸ y justamente esto es lo que la biotecnología de punta, busca. Incluso el paciente es lo que solicita. Sin embargo la realidad apunta en el sentido opuesto. Basta observar el daño ecológico que se ha hecho en materia ecológica. O a nivel del hombre.

Aún en el plano de lo biológico, mientras que en el terreno de la duración de la vida ha “evolucionado” alargándola, en el terreno de la sexualidad y de la reproducción se propone un retroceso evolutivo retornando a la reproducción unisexual, como se pretendería en el caso de la clonación humana reproductiva. Y no solo eso, sino que en lugar de expresarse en dos sexos, se propone ignorar dicha identidad sexual biológica, según las preferencias anímicas, mutilando órganos, cambiando la producción hormonal, y modificando características hasta niveles que no son saludables, pero en cambio logran el deseo del paciente.¹⁹

Pero el problema no es la aparente evolución biofísica, sino aquella que lo acompaña intelectual y antropológicamente. Es decir, la contemplación de esta nueva fase dentro de la evolución humana, como si fuera el comienzo de una nueva humanidad. Hasta hace unas décadas, los evolucionistas habían contemplado el hecho de la adquisición de la conciencia como el final de la evolución de los homínidos hacia el género homo. Pero al modificar biotecnológicamente el cerebro el homo sapiens sapiens no será el final de la evolución, solo que ahora su cuerpo sería una mezcla tecno biológica.²⁰

La posibilidad de dotar al ser humano de este tipo de logros biotecnológicos, manifestaría que la esencia humana sería más bien un conjunto de

¹⁸ Coyle F. “Posthuman geographies? Biotechnology, nature and the demise of the autonomous human subject”. *Social & Cultural Geography*. 2006 Aug 1;7(4):505-23.

¹⁹ Molokwu CN, Appelbaum JS, Miksad RA. “Detection of prostate cancer following gender reassignment”. *BJU international*. 2008 Jan 1;101(2):259.

²⁰ Roco MC, Bainbridge WS. Overview Converging Technologies for Improving Human Performance. In *Converging technologies for improving human performance*. 2003 (pp. 1-27). Springer Netherlands.

características modificables a voluntad y dinámicas, aunque tal dinamismo fuera logrado por la biotecnología. Y que por ende tal configuración no sería ni única ni permanente, ni desde luego, el pináculo evolutivo.

Esta teoría ideológica considera que la inteligencia artificial puede reemplazar la forma actual de conciencia humana. La identidad se perdería, al menos como se conoce actualmente, ya que existiría la posibilidad de transferir la conciencia –materializada en códigos binarios–, entre individuos. Este mind-uploading permitiría una copia de seguridad de la de la información mental que después pudiera “cargarse” en otro cerebro biológico o robótico. Y todo ello pasa por alto las graves implicaciones para la identidad humana, que perdería su valor tal como hoy la conocemos.

Por estas razones las investigaciones en este sentido, no son aconsejables desde la ética. Las decisiones éticas se toman en condiciones de incertidumbre. Hasta hace menos de 50 años solo se aplicaba en ética el principio de responsabilidad que se enfocaba a las consecuencias de las acciones científicas. Pero a partir de los años setenta, por los avances biotecnológicos que han tenido un impacto grave en cuestiones medioambientales, se ha incorporado el “principio de precaución” que es un concepto que respalda la adopción de medidas protectoras antes de contar con una prueba científica completa de un riesgo. Propone no posponer medidas aunque no haya evidencia completa, ya que la ciencia no logra tener certeza absoluta: porque aventura hipótesis relacionadas con los hechos conocidos. El principio de precaución en materia de duda moral²¹ –si esta existiera, debe de aplicarse, cuando la urgencia de la

²¹ En el caso del embrión humano, quienes lo “manipulan” utilitarísticamente, argumentan entre otras cosas, que no existe aún una persona humana, a pesar de que toda la evidencia biológica de un nuevo organismo, ya sea una realidad desde la fecundación. Por ello en el caso de que hubiera realmente una duda de conciencia verídica, en donde como medida prudencial debería de: 1. abstenerse a actuar (ante la duda moral: no actuar); 2. o bien si la necesidad de actuar es inminente, tratar como persona a quien “pudiera ser que lo sea”. Esto es una aplicación del principio de precaución.

situación, compele a actuar, antes de despejar la duda moral razonable-. Y en cualquier otro caso, después de una deliberación muy razonada. Este principio es un acto de solidaridad ante las futuras víctimas y futuras generaciones y aparece por primera vez en esta época el protocolo de Montreal sobre la capa de Ozono en 1987.²² Y el uso del término, como “principio” de precaución, fue en la Declaración de Río, sobre el Desarrollo y Medio Ambiente de 1992. Sin embargo, el principio de precaución ha evolucionado como una respuesta a la demanda ética de la ciencia y de la tecnología, para su valoración ética prospectiva.²³

Como ejemplos de las propuestas de investigación para modificar el genoma y el cuerpo humano en general, transformando la percepción de la identidad natural del hombre, destacan entre otras, la ideología del transhumanismo²⁴ la teoría de género,²⁵ y la teoría del preembrión.^{26, 27}

Códigos éticos para la investigación

La legislación respecto a la investigación es múltiple, tanto en tratados

²² Protocol, M. (1987). United Nations Environment Programme. Recuperado el 10 de 08 de 2016, de Ozone Secretariat: http://www.ozone.unep.org/Ratification_status/montreal_protocol.shtml

²³ Technology, W. C. (Marzo de 2005). *The Precautionary Principle*. Recuperado el 10 de Agosto de 2016, de UNESCO: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001395/139578e.pdf>

²⁴ Explicado ya en el pie de página 4.

²⁵ Que presupone que el sexo biológico es irrelevante para la identidad sexual. Y que ésta puede cambiarse de manera múltiple en el transcurso de la vida.

²⁶ El término preembrión surge como resultado de un debate de varios meses en Inglaterra y que fue publicado como informe Warnock en 198, con el fin de idear cómo utilizar embriones para experimentación. A pesar de que el propio informe reconoce que después de la fecundación inicia la vida embrionaria, y que el embrión desde su etapa de cigoto, es un organismo por sí mismo, y diferente de los gametos masculino y femenino, así como de que no hay una fase después de la fecundación en la que el desarrollo se detenga y se le deje de considerar como embrión, hubo grandes disputas. Ya que esta comisión se formó para la investigación en embriones y era necesario llegar a esa meta. Para allanar la polémica surgida entre quienes querían respetar y cuidar la vida del embrión en todo su desarrollo, y quienes querían poder utilizarlo para la investigación (de los embriones obtenidos por técnicas de reproducción asistida), Mary Warnock designó el día 14 de vida, como el límite a partir del cual se podía denominar embrión. Y entonces los días previos se denominaron pre embrión.

Curiosamente el término se ha usado mucho más a nivel jurídico y político, que a nivel científico, ya que no hay evidencias biológicas que sostengan dos estados del mismo organismo. El desarrollo del uso de este término es muy extenso, y se sugiere consultar el propio informe y diversos artículos.

²⁷ Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology, *Warnock Report*, Londres: Department of Health and Social Security, 1984.

internacionales, como en leyes, normativas y guías nacionales.^{28, 29, 30, 31} Pero no han logrado el impacto deseado, entre otras cosas porque no hay un organismo supervisor de estas normas, excepto para la investigación farmacológica. Y por otro lado porque no hay sanciones legales claras. Así es que más bien se realizan prácticas de conducta entre pares.³² Por otro lado muchos de los documentos, son muy generales y dirigidos a acciones muy concretas, pero en cambio no fundamentan los requisitos éticos suficientes para garantizar que la investigación sea dirigida hacia el bien de las personas, y no solo hacia intereses comerciales o modas científicas.

Por ejemplo los requisitos más importantes para que una investigación sea ética que se encuentran en los tratados internacionales son:

1. Si se justifica el propósito de la investigación.
2. Si hay idoneidad de los investigadores.
3. Si se respeta la dignidad, libertad y confidencialidad de la persona humana.
4. Si hay posibilidad de daños mayores al mínimo riesgo.
5. Si se prevé la reparación de daños eventuales.

Pero éstos requisitos siguen aumentando como lo es en lo relativo al conflicto de intereses, al plagio, a que los estudios sean replicables, etc...

El conocimiento científico se distingue del empírico³³ en que el científico es

²⁸ De Helsinki D. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la. 2004;18:20-3.

²⁹ Mundial AM. Declaración de Ginebra. Suiza: Asociación Médica Mundial. 1948 Sep.

³⁰ Comisión Nacional de Bioética. Normatividad Nacional para la Investigación. Página Oficial Consultada el 10 de Diciembre 2016 <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normanac.html>

³¹ Comisión Nacional de Bioética. Normatividad Nacional para la Investigación. Página Oficial Consultada el 10 de Diciembre 2016 <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>

³² Litewka S. El programa CIII: una alternativa para la capacitación en ética de la investigación, en América Latina Acta Bioethica Vol XIV, Num 1, 2008, PP 54-60. Chile.

³³ Conocimiento empírico es el que obtenemos por la observación de actividades cotidianas o por experiencia personal. Por ejemplo el fuego quema. No hace falta conocer las causas de la combustión, sino simplemente acercar la mano al fuego para saberlo.

comprobable, generalizable y busca las causas de los fenómenos. Se logra por un sistema ordenado y metódico que se basa en la observación, la experimentación y el análisis, la comprobación y luego la universalización de ese conocimiento. A esto se le llama método científico. Sus resultados son objetivos. Pero puede haber errores en ellos y así han existido explicaciones científicas equívocas, que luego en el proceso de demostración, en cuanto se conoce algún otro factor asociado, se refuta y se avanza así en el conocimiento.

El conocimiento científico solo puede demostrar la realidad de la naturaleza física: es decir todo aquello que es cuantificable en la naturaleza. Pero no abarca todo lo que es un ser humano. Por ejemplo se puede medir y cuantificar la inteligencia humana, pero no el valor humano. Y no por ello el valor es menos realista.

La ética en la Investigación clínica

La pregunta ética al respecto, es si una investigación seria, con resultados adecuados, requiere de una ética particular.

La mayor parte de las discusiones éticas respecto a la investigación consideran que basta con el consentimiento informado y libertad para ser parte de un protocolo o retirarse de este, es suficiente.

Sin embargo una reflexión ética más profunda considera que esto no basta. Incluso hay ocasiones como en una urgencia médica en que no es necesario pedir el consentimiento, y sin embargo puede probarse una maniobra, un medicamento o un método de diagnóstico y ser sujeto de investigación.

En este sentido puede decirse que no basta con buscar el conocimiento sino que hay que proteger al individuo desde el diseño experimental. Tampoco es ético buscar el bien común por medio del sacrificio o explotación de algún grupo o individuo.



SEMBLANZAS

Dra. Ma. Elizabeth de los Ríos Uriarte

Es Doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana. Maestra en Bioética por la Universidad Anáhuac México Norte. Licenciada en Filosofía por la Universidad Iberoamericana. Técnico en Urgencias Médicas por Iberomed A.C. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Scholar research de la Cátedra UNESCO en Bioética y Derechos Humanos. Miembro de la American Society for Bioethics and Humanities. Presidente y Miembro del Colegio de Profesionistas posgraduados en Bioética de México. Secretaria General y miembro de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Vocal del Comité de Bioética del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga y del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Miembro supernumerario de la Academia Mexicana para el Diálogo Ciencia-Fe.

Ha impartido clases en niveles licenciatura y posgrado en la Universidad Anáhuac, en la Universidad Iberoamericana, en la Universidad Panamericana. Participación en distintos congresos nacionales e internacionales de Filosofía y de Bioética. Ha organizado distintos foros académicos en diferentes universidades nacionales.

Cuenta con publicaciones en revistas académicas y de divulgación.

Actualmente se encuentra realizando investigación en el área de la bioética clínica y dentro de sus objetivos está el implementar un servicio de consultoría en bioética permanente dentro de los hospitales de nuestro país.

Dr. José Enrique Gómez Álvarez

Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra (Pamplona, España).
Maestría en Gerontología Social por la Universidad Internacional
Iberoamericana. Enfermero.

Ha sido docente en múltiples universidades: UNAM, Panamericana,
Anáhuac, Simón Bolívar en temas de Bioética, particularmente temas de
argumentación y de seminario de investigación. Miembro del Sistema
Nacional de Investigadores (Nivel I).

Ha publicado artículos en revistas respecto a temas de Bioética. Los más
recientes son: Análisis argumentativo de la posición de la HSCJ acerca de la
legalización de la marihuana para fines lúdicos *Medicina y Ética*. Vol XXVII.
No. 2. México: Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud.

Death, meaning of. Encyclopaedia of Bioethics. Springer http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-05544-2_462-1

Fundamento ético de las decisiones complejas del personal de
enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*
2015;23(3):197-202.

Actualmente es investigador asociado y profesor del Centro de
Investigación Social Avanzada (CISAV) y de la Universidad Simón Bolívar.
Asimismo es colaborador regular de Ruiz Healy Times. En temas de
Bioética, filosofía, gerontología y música. <http://www.ruizhealytimes.com/colaboradores/gomez-alvarez-jose-enrique>

Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso

Estudió la Licenciatura en Derecho en la Universidad del Valle de Puebla, la Maestría en Derecho Agrario y Desarrollo Rural en el Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla (ICJP), la Maestría en Ciencias Jurídico Penales en el Instituto Nacional de Ciencias Penales, la Especialidad en Derechos Humanos en la Universidad Complutense de Madrid, el doctorado en Bioética y Biojurídica (Cátedra de la UNESCO Madrid, España) y el Doctorado en Derecho en el ICJP.

Actualmente colabora con la fundación Aguirre, Azuela, Chávez, Jáuregui Pro Derechos Humanos A.C., es Director General Adjunto de Políticas Públicas en la Subsecretaría de Derechos Humanos de SEGOB 2014-2015. Fue Director de Derechos Humanos e Investigación Normativa en Salud en la Secretaría de Salud Federal 2011-2014. Fue Asesor del Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud Federal 2011-2014. Fue Asesor jurídico en la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad 2010-2011. Fungió como Ministerio Público Federal 2005-2010, entre otras durante 25 años de experiencia en la administración pública federal.

Profesor y conferencista en diversas Universidades de México en temas de Derechos Humanos Bioética y Biojurídica, autor de 4 libros, varias coautorías y artículos. Miembro del grupo de Axiología de



Madrid, España, de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, del Gruppo di Ricerca in Neurobioetica, en Roma, Italia y miembro de la red de Derechos Humanos en la Economía del Conocimiento (DHEC).

Temas de Investigación: Derechos Humanos (D. Salud, niñez, P. con discapacidad, trata de personas, litigio estratégico), Bioética y Biojurídica (P. precautorio, fertilización asistida, D. Vida, Eutanasia, cuidados paliativos, Eugenesia, Transhumanismo, Biotecnología).

Rosario Laris Echeverría MD, PhD.

Doctora en Bioética por la Universidad Anáhuac. 2007-2014. Graduada con Mención Honorífica. Maestría en Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud. Instituto Nacional de Salud Pública 2004-2006. Rotación en servicio de Gastroenterología y práctica en laboratorio en el Hospital de la Universidad Católica, Santiago, Chile, de agosto a octubre de 2002. Médico Cirujano por la Universidad Anáhuac 1997-2002. Titulada con Mención Honorífica.

Directora General de la Asociación Civil Sexo Seguro; mayo de 2011 a la fecha: www.sexoseguro.org, www.youtube.com/sexosegurovideos con 308,000 *views*, www.facebook.com/sxseguro con 121,000 *likes*, y *twitter @sexoseguro* con 64,600 seguidores. Titular del Órgano Interno de Control, Instituto Nacional de Medicina Genómica del Gobierno de México de febrero de 2008 a abril de 2011. Directora de Desarrollo Humano en la Delegación Miguel Hidalgo de octubre de 2006 a noviembre de 2007. Dictaminadora de libros de texto oficiales de Biología por parte de "Incluyendo México A.C." de agosto de 2006 a febrero de 2008. Coordinadora Médica en Clínica de Medicina Familiar "Dr. Javier Domínguez Estrada" ISSSTE de febrero de 2006 a septiembre de 2006. Médico General en Caritas México de julio de 2003 a agosto de 2004. Coor-

dinadora de Campaña para diputación local del distrito 14 de Gabriela Cuevas Barrón (PAN) ganando por 9 puntos porcentuales de enero a julio de 2003. Médico Interno en Hospital General de Zona 194, IMSS de julio de 2001 a junio de 2002.

Ha publicado: Laris R. ¿Sexo? ¡Si!, pero sexo seguro. Editorial Trillas, 2016. Kuthy PJ, Villalobos PJ, Martínez GO, Tarasco MM. Introducción a la Bioética. Laris ER, Capítulo 20. El aborto provocado. Méndez Editores, 2014. Trasloheros J. Laris E. R; Desde la Salud Pública. El debate por la vida. Editorial Porrúa, 2008. Laris E. R; Arteaga A; Cuervas A; Rigotti A. El colesterol HDL: ¿un nuevo objetivo terapéutico en el manejo de las dislipidemias y la aterosclerosis? Rev Med Chile 2005; 133: 823-832.

Participa periódicamente en los siguientes medios de comunicación: “Matutino Express” con Esteban Arce en Foto TV (canal 4), martes y jueves, temática: Bioética y sexualidad; de octubre del 2011 a la fecha. “52 minutos” con Esteban Arce en 98.5 FM. Martes. Temática: Bioética y sexualidad; de octubre de 2011 a la fecha. “Fe, sexualidad y familia” en Guadalupe Radio 87.7 FM., Los Ángeles, 1450 AM., San Diego y 1510 AM., San Bernardino. Todos los domingos y en “Sexo y Religión” conducido por la Dra. Rosario Laris y el Dr. Sebastian Haddad, sábados de 5 a 5:30 PM por 92.3 FM en Morelia, 94.1 FM en San Luis Potosí, 92.7 FM en Valladolid, Yucatán y por internet en <http://candelamorelia.blogspot.mx/>

Es miembro del Consejo de Bioética del Episcopado Mexicano de febrero de 2013 a la fecha, así como, del Comité del Consejo Nacional de Población de octubre de 2014 a la fecha.

Ganadora de la Medalla al liderazgo Anáhuac en Bioética 2016.

Desde hace 12 años ha participado en numerosos debates y ha impartido varias conferencias sobre sexualidad, aborto, inicio y defensa de la vida, en México y en Estados Unidos.

Javier Marcó Bach

Catedrático de Fisiología en la Universidad de Santiago de Compostela (España) desde 1981. Profesor investigador en la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana en México DF, desde 2001 al 2017. Profesor de Bioética en la Facultad de Ciencias de la Salud y en la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México.

Es Doctor en Ciencias y Doctor en Farmacología por la Universidad de Navarra (España). Ha sido profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, y en la Universidad de Barcelona.

Es investigador especialista en endocrinología reproductiva desde hace 38 años, habiéndose formado en este campo en la Universidad de Connecticut y en el Instituto Nacional de la Salud de los EEUU.

Ha publicado 77 artículos científicos y 3 capítulos de libros de la especialidad. También ha publicado en temas de bioética de la reproducción, con 21 artículos en revistas de la especialidad, 11 capítulos de libros, y 1 libro.

Dr. Óscar Javier Martínez González

Médico por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Especialidad en Oftalmología en el Hospital Universitario de la misma universidad. Especialidad en Oftalmología Pediátrica en el Hospital Hermann de la Universidad de Texas en Houston, E.U.A. Maestría en Bioética por la Universidad Anáhuac de México. Candidato a Doctor en Bioética por la Universidad Anáhuac de México.

Director de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, de 2004 a 2012. Profesor de Bioética en licenciatura y posgrado en la Universidad Anáhuac de 1997 a la fecha.

Ha dictado conferencias sobre Bioética en diferentes ciudades de México y de otros países (Argentina, Chile, El Salvador, Nicaragua, Estados Unidos, Italia, España, Filipinas, Francia, Corea del Sur).

Coordinador editorial de varios libros sobre Bioética y autor de varios capítulos y artículos científicos sobre Bioética. Director de la Revista Medicina y Ética. Publicación trimestral del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac de 2007 a 2016. Miembro de varias asociaciones nacionales e internacionales de Medicina, de Oftalmología y de Bioética.

Dra. Dora Gilda Mayén Molina

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Genética Médica y Maestra en Ciencias Médicas por la misma universidad. Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Anáhuac.

Cuentga con Curso de Clínica Pediátrica por el Instituto Nacional de Pediatría; Curso de Actualización American College Of Medical Genetics; Segundo Diplomado de Bioética Comego y Universidad Anáhuac; cursos de capacitación para la certificación en el Sistema de Calidad ISO 9001-2008 de 2013 a la fecha; Maestría en Bioética por la Universidad Anáhuac, inició julio 2016.

Actualmente se desempeña como Jefe de la Unidad de Genética en el Hospital Angeles Lomas de 2003 a la fecha.

Se ha desempeñado como Jefe de Departamento de Genética en el Instituto Nacional de Perinatología de 2000 a 2009; Fue médico adscrito al departamento de Genética en el Instituto Nacional de Perinatología, 1989 a 2000.

Fue Vicepresidente de la Asociación Mexicana de Genética Humana. Mesa Directiva 2015-2017: Obtuvo Mención Honorífica en examen de Grado de Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad Anáhuac en 2015; Certificada por el Consejo Mexicano de Genética A.C., con reconocimiento de Conacem y la Academia Nacional de Medicina, No. 112, última recertificación vigente de

2003 A 2017; Presidente del Consejo Mexicano de Genética A.C., 2008-2011; Vicepresidente del Consejo Mexicano de Genetica A.C., 2005-2008; Coordinadora del Capítulo de Genética del Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia de 2008 a la fecha; Es miembro International Society Of Prenatal Diagnosis de 2002 a la fecha; Integrante del Comité de Ética e Investigación del Hospital Ángeles Lomas de 2005 a la fecha. Revisor del Comité Editorial de la Revista de Ginecología y Obstetricia de México de 2012 a la fecha; Revisor del Comité Editorial de la Revista Latinoamericana de Perinatología de 2012 a la fecha. Asesora externa del Comité de Investigación del Crit 2003 a 2011; Co-Autora del Atlas Diagnóstico de Síndromes Genéticos, premio Salvador Soto Allende, otorgado por la Academia Mexicana de Pediatría en noviembre de 2011; Reconocimiento por 30 años de servicio en el Gobierno federal, Secretaría de Salud, 2008; Jurado calificador del Premio Gen sobre los defectos al nacimiento 2001 y 2002. Segundo lugar carteles, Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia en 1999. Candidato a Investigador, Sistema Nacional de Investigadores (SNI) 1° de julio de 1990 a 30 de junio de 1993; Reconocimiento por 10 años de labor docente en la UNAM en 1990; Becaria Conacyt para la especialidad en Genética Médica en 1984; Becaria de la Secretaría de Salud, Puis UNAM 1987-1989; Primer premio Grupo Gen 1986, por trabajo de Tesis de especialidad en Genética; Tres primeros lugares de la Licenciatura en Médico Cirujano, UNAM, Generación 1978-1983.

Colabora en el Programa de Diagnóstico Prenatal (Inper) y en el Programa de detección de malformaciones congénitas Ryvemce (Inper-Innsz).

Ha publicado 25 artículos científicos; 123 capítulos de libros y 10 artículos de divulgación. Asimismo, ha dado 200 presentaciones nacionales y 15 internacionales.

Fue profesora de Genética Clínica en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Anáhuac de Mexico campus Norte en 2012 y 2013. Profesora

asociada en el el curso de especialidad en ginecología y obstetricia por la UNAM en el Hospital Ángeles Lomas de 2003 a la fecha; Profesora de genética clínica y temas selectos de genética a nivel licenciatura en la Universidad Anáhuac de enero de 2012 a junio de 2014; Profesora asociada del curso de alta especialidad en Neonatología por la UNAM en el Hospital Ángeles Lomas de 2005 a 2010; Profesora titular y adjunta del diplomado de citogenética con reconocimiento de la UNAM y del Instituto Nacional de Perinatología de 2001 a 2009; Profesora titular y adjunto del curso de alta especialidad en genética perinatal de 2005 a 2009; Profesora asociada de la especialidad en genética médica por la UNAM en el Instituto Nacional de pediatría de 2000 a 2008; Profesora Asociada del curso de medicina materno-fetal, Instituto Nacional de Perinatología de 2000 a 2003 y; Profesora titular y Adjunta de Histología Médica a nivel licenciatura en la Facultad de Medicina de la UNAM de 1979 a 1991.

Dr. José Alejandro Pedro Sánchez Priego MD, PhD

Sacerdote católico de la Arquidiócesis de Puebla de los Ángeles. México. Párroco de la Parroquia del Santo Ángel Custodio de Analco. Puebla, Puebla. Exorcista Ad casum para la Arquidiócesis de Puebla de los Ángeles. Médico General por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla. Licenciado en Filosofía por el Instituto Palafoxiano de estudios superiores. Bachiller en ciencias religiosas por el Instituto Palafoxiano de estudios superiores. Maestro en bioética por la Universidad Anáhuac campus México Norte. Doctor en bioética por la Universidad Anáhuac, campus México Norte. Maestría en Síndrome metabólico por la Universidad de Cali Colombia.

Miembro de la Asociación Internacional de Exorcistas de la Academia Nacional Mexicana de bioética; del Colegio Mexicano de bioética; de la Sociedad Latinoamericana de cuidados paliativos y; Presidente de la Academia Nacional Mexicana de bioética, capítulo Puebla.

Asesor en Bioética de la Federación internacional de Medicina Regenerativa y células madre (FIMBIR); del Comité de ética hospitalaria Hospitales Christus muguerza; del Comité de ética hospitalaria IMSS-San Alejandro.

Docente e investigador en la Universidad Anáhuac campus Puebla; en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla y; en el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestal de Puebla.

Autor de diversos trabajos de investigación y artículos de bioética.

Dra. Martha Tarasco Michel

Licenciada en Medicina por la Universidad Anáhuac, realizó la residencia de Medicina de la Comunicación Humana en el Instituto Nacional de la Comunicación “Dr. Bustamante Gurría” SSA, posteriormente ingresó al Programa de Investigación Clínica de la UNAM en el Hospital General “Manuel Gea González”. Entre el 2002 al 2005 realizó el Curso de Especialización de Foniatría, de la Universidad de Salamanca, España. En 1999 obtiene el Doctorado en Medicina en la Universidad de Santiago de Compostela, con calificación de summa cum laude. Durante el año de 1992 recibe formación de Bioética, y una estancia de casi 3,000 horas, con grado de especialización en la Universidad del Sacro Cuore de Roma, sede del Hospital Agostino Gemelli,

Realizó el servicio de Foniatría del Hospital Regional “20 de Noviembre” del ISSSTE por tres años y desde entonces a la fecha en la práctica privada de su especialidad. En 1993, abre en la Universidad Anáhuac la primer Maestría de Bioética de México. En el 2000, participa en la fundación de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, donde es nombrada Directora Ejecutiva. Diseña y abre el Doctorado en Bioética con reconocimiento curricular en el 2003, e imparte clases en el mismo. Desde Julio del 2004 es investigadora y profesora, de la Facultad de Bioética, así como Coordinadora editorial de la Revista Medicina y Ética.



Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores NIVEL I. Tiene publicaciones nacionales e internacionales en Bioética y en Medicina. (39 artículos de investigación, 40 capítulos en libros, editora de 11 libros, (dos de ellos con 2 y 4 reediciones).

Es Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, Es Consejera de las Comisión Nacional de Bioética y es miembro correspondiente de la Academia Pontificia para la Vida.

Dr. Samuel Weingerz Mehl

Es profesor de tiempo completo y coordinador en la Facultad de Bioética de la Maestría en Bioética en la Universidad Anáhuac Norte.

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México con Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Posgraduado de la UNAM con sede en el Hospital Español de México. Maestría y Doctorado en Bioética en la Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac Norte México. Realizó un Diplomado en Colposcopia y un Diplomado en Alta Gerencia Hospitalaria en línea.

En el ámbito laboral ha trabajado en medicina privada en el Hospital Español de México como especialista en ginecología y obstetricia y en el ámbito público, en en la Secretaria de Salud en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, donde realizó actividades como bioeticista ocupando de 2007 a 2011 el cargo de Jefe de División de Bioética, en el año 2011 fue llamado a ocupar el cargo de Director de Planeación y Desarrollo Académico en la Comisión Nacional de Bioética hasta el mes de febrero del año 2013 que se reintegró a su cargo anterior al Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez .

Es Presidente del Comité de Ética en Investigación y Presidente del Comité Hospitalario de Bioética en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

Coordinador del Comité de Bioética por el bienio 2016-2018 en el Colegio de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) y también a nivel de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMECOG).

Pertenece al Colegio mexicano de especialista en ginecología y obstetricia; Al Fellow American College Obstetricians and Gyneacologists; a la Asociación Internacional de Bioética y; a la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

Ha sido ponente en Congresos nacionales e internacionales y, ha publicado en revistas de investigación arbitradas. Sus áreas de interés e investigación son principalmente en embarazadas adolescentes, el juicio moral, el consentimiento informado y asentimiento, el síndrome de agotamiento en personal de salud y el lenguaje utilizado en documentos relacionados a la salud.

Juan Pablo Saavedra Olea

Es egresado de la Universidad Pontificia de México y tiene estudios en Filosofía, Teología y Derecho, este último en dos ámbitos diferentes: Civil y Canónico. También cuenta estudios en Sagrada Escritura e idiomas bíblicos.

Cuenta con especialidad en materia de técnica legislativa, formulación de enunciados jurídicos y derecho parlamentario. Cuenta con conocimientos en materia de transparencia y acceso a la información, en derecho electoral y en materia notarial. También tiene conocimientos en temas de bioética, humanismo y liderazgo político, orientados a la acción política.

Se ha desempeñado profesionalmente en el ámbito público dentro del sector financiero SHCP/CONDUSEF, así como en el Poder Judicial de la Federación. En el ámbito privado se ha desempeñado dentro del sector empresarial, notarial y partidista, este último, siempre dentro del Partido Acción Nacional.

En su trayectoria partidista se ha desempeñado como consejero regional de la Ciudad de México. Como secretario de formación, como secretario de fortalecimiento interno e identidad y también como secretario de elecciones del PAN-DF. También se ha desempeñado como representante del Partido dentro en los órganos electorales, tanto en el nivel local, como en el federal. IEDF, INE y RFE.



En el ámbito nacional se ha desempeñado como coordinador nacional de enlace con los estados, formando parte de la secretaria de fortalecimiento interno e identidad y como secretario técnico de la secretaria general y de la secretaria general adjunta del Comité Ejecutivo Nacional. También como delegado del CEN en diferentes ocasiones.

Actualmente se desempeña como coordinador académico de la Fundación Rafael Preciado Hernández A.C., donde encabeza diferentes proyectos, entre otros, el de la escuela de liderazgo político “Eslider” y con algunas alianzas académicas de diferentes universidades, así como con asociaciones hermanas tanto nacionales e internacionales.

En coordinación con la Asociación Nacional de Alcaldes ANAC, ha publicado dos obras, el manual para Síndicos y recientemente el manual para Regidores. Y en esta ocasión como coordinador del libro de Bioética desde la FRPH.

Luis Antonio Meixueiro Daza

Médico Cirujano egresado de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Master Internacional en Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, Edición 2007. Otorgado por Ministerio de Sanidad y Consumo, Cumbre Iberoamericana, Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante, Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Madrid, España.

XXXI Diplomado para la Formación de coordinadores hospitalarios de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante

Diplomado en “Salud Pública” impartido por Estudios de Posgrado de Excelencia A.C., otorgado por Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud. Cd. Puebla, Puebla.

Curso Iberoamericano de control y gestión de la calidad de las actividades relacionadas con tejidos humanos. Buenos Aires-Argentina.

Curso Internacional de Coordinación de Trasplantes. Granada, España.

Actualmente, es Médico Adscrito al Centro Nacional de Trasplantes, Secretaría de Salud

Es profesor del “Diplomado para la formación de coordinadores hospitalario de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante” avalado por Secretaría de Salud, Centro Nacional de Trasplantes y la Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua.



Bioética

Aporte para un debate necesario

Diseño y formación:

Retorno Tassier / Silvia Monroy Vázquez.

Cuidado de la edición:

Jonathan Sánchez López Aguado.



Esta obra es un esfuerzo realizado en un estilo accesible y riguroso. Contiene los puntos cardinales sobre el pensamiento humanista para la Bioética de nuestros días, así como las bases sobre las cuales sustentar los retos para el futuro.

Teniendo como áncora, el personalismo ontológico cristiano, se exploran temas relacionados con la persona humana, la medicina, el derecho, la política, la cultura, la ética, la libertad y el compromiso con la eminente dignidad de los seres humanos, al tiempo que es una excelente introducción para quien desea acercarse o conocer sobre los retos bioéticos de nuestros días.

Esta obra no constituye la última palabra sobre los temas presentados, ni tampoco desea serlo, bastará con incitar a la reflexión y al debate constructivo de quiénes tienen la responsabilidad de atender estos temas en México, si esto se logra con el presente trabajo, podremos darnos por más que bien servidos.

