

**UNA BIOÉTICA
QUE ACOMPAÑA
Y ANIMA**

Mgter. Dra. Raquel Bolton

**UNA BIOÉTICA
QUE ACOMPAÑA Y ANIMA**

Mgter. Dra. Raquel Bolton

© Copyright 2020

Mgter. Dra. Raquel Bolton

“Una Bioética que acompaña y anima”

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Publicado en Argentina – Published in Argentina

ISBN: 978-987-86-7357-8

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita del titular del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción, almacenamiento o transmisión parcial o total de esta obra por cualquier medio mecánico, fotoquímico magnético, electroóptico, por fotocopia u otro procedimiento establecido o a establecerse, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.

Bolton, Raquel

Una bioética que acompaña y anima / Raquel Bolton. - 1a ed adaptada,. 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-86-7357-8

162p. 21x29,7cm

ISBN: 978-987-86-7357-8

1. Bioética. I. Título.

CDD 610.1

Publicado en el mes de Noviembre de 2020

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
NOTA DEL AUTOR	6
PRIMERA PARTE	12
CAPÍTULO I.....	13
<i>INICIO DE VIDA.....</i>	<i>13</i>
<i>FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS EN EL SÍNTOMA POST ABORTO.</i>	<i>13</i>
Aborto: Impacto sobre la pareja, los hijos y la sociedad.....	17
<i>RELACIÓN MATERNO FILIAL. CONSIDERACIONES ÉTICAS</i>	<i>21</i>
Principio de Autonomía	27
Principio de Beneficencia.....	29
Principio de No Maleficencia	30
Justicia	30
Bibliografía.....	33
“¿POR QUÉ NO PUEDO OLVIDAR QUE ABORTÉ?”	34
Bibliografía.....	40
<i>MATERNIDAD SUBROGADA</i>	<i>41</i>
1. La Maternidad como Don	43
2. Maternidad Subrogada: Significado y origen	44
2.1. Formas de Maternidad Subrogada	45
2.2. Reproducción Artificial: Una Técnica clave en la Maternidad Subrogada	46
2.2.1. Causas de Esterilidad / Infertilidad	47
2.2.2. Técnicas según la complejidad	47
3. Análisis bioético de la maternidad subrogada	48
3.1. Aporte científico a la relación madre hijo.....	48
3.2. Consideraciones antropológicas.....	51
3.3. Reflexión ética	53
3.3.1. Fertilización Artificial	56
3.3.2. Mujer que lleva adelante el embarazo	56
3.3.3. El derecho del niño	58
3.3.4. Nuevo paradigma en el concepto de filiación	59
4. Conclusión.....	60
Bibliografía.....	63
CAPÍTULO II	64
FINAL DE LA VIDA	64
<i>CONSIDERACIONES ÉTICAS</i>	<i>64</i>
Desproporción y obstinación terapéutica.....	65

1.	Valoración ética en la Proporcionalidad en los cuidados.....	69
1.1.	Consideración de lo éticamente adecuado.....	72
1.2.	Medio de conservación de la vida desproporcionado. Consideración Ética.....	73
2.	Cuando lo desproporcionado... Se transforma en una obstinación terapéutica	74
2.1.	Enfermo en etapa terminal de su enfermedad. Amenazas y Temores.....	77
2.2.	Diferencia entre enfermo crítico y enfermo en estado terminal. Consideraciones éticas.....	78
3.	Veracidad e Integridad como Principios Bioéticos.....	80
3.1.	Veracidad.....	80
3.2.	Integridad.....	87
4.	Cuando una necesidad biológica se transforma en acto médico.....	90
	Bibliografía.....	92
SEGUNDA PARTE		93
CAPÍTULO I.....		94
<i>SEXUALIDAD E IDENTIDAD DE GENERO DESDE UNA MIRADA BIOÉTICA</i>		<i>94</i>
1.	Biología en la diferenciación cromosómica.....	95
2.	Diferencias estructurales en la biología cerebral.....	99
3.	El género como construcción social.....	100
4.	Identidad de Género.....	100
	Derecho a la identidad de género. Toda persona tiene derecho:	101
	Diagnóstico en los niños:	102
	Diagnóstico en adolescentes y adultos:.....	103
5.	Una Bioética respetuosa de la antropología humana.....	105
6.	Valoración ética en investigación.....	107
	El principio de Autonomía	109
	Principio de Beneficencia	110
	Principio de No Maleficencia.....	110
	Principio de Justicia	111
7.	A modo de conclusión.....	111
CAPÍTULO II.....		114
<i>DROGADEPENDENCIA DESDE UN ENFOQUE BIOÉTICO</i>		<i>114</i>
1.	Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas.....	116
2.	Enfoque Ecológico de la Drogadependencia.....	118
3.	Drogadependencia: Enfoque Bioético	123
3.1.	Fundamentación Científica (A)	124
3.2.	Consideración Antropológica (B)	126
3.3.	Reflexión Ética (C).....	127
4.	Principios Bioéticos Aplicados a la Drogadependencia	129
5.	Adicto desde la Vida Intrauterina	132
6.	Cuando lo Académico se hace Pastoral.....	133

7	Conclusión.....	134
	Bibliografía.....	135
CAPÍTULO III	.....	137
	<i>IMPLEMENTAR ACCIONES DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.</i>	137
	Bibliografía.....	142
CAPÍTULO IV	.....	143
	<i>USO MEDICINAL DEL CANNABIS: UN DESAFÍO PARA EL SIGLO XXI</i>	143
	Bibliografía.....	145
CAPÍTULO V	.....	146
	<i>LA ANCIANIDAD... UN DESAFÍO PARA LA PROFESIÓN MÉDICA</i>	146
CAPÍTULO VI	.....	150
	<i>LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MAYORES DE 70 AÑOS, TAMBIÉN HÉROES DEL SIGLO XXI</i>	150
CAPÍTULO VII	.....	154
	<i>MEDICINA DEL SIGLO XXI Y EL DESAFÍO DE LA DIGNIDAD HUMANA</i>	154
	Bibliografía.....	158
MGTER. DRA. RAQUEL BOLTON	.....	159

NOTA DEL AUTOR

Estas páginas presentadas de manera virtual como aporte, quieren invitar a recorrer un itinerario con reflexiones producto de trabajos bibliográficos publicados y reunidos aquí, con la intención de acompañar distintas problemáticas presentadas en el marco de un enfoque bioético.

En la Primera Parte de esta presentación, se profundizará el tema del Inicio y Final de la Vida, con la intención de tocar la historia de aquella persona interesada en conocer desde lo científico y asistencial los contenidos de los temas presentados, para dar paso a la Segunda Parte con la selección de temas que por su importancia merecen una consideración bioética y son presentados para su análisis.

La presencia de un índice interactivo permitirá acceder al contenido de los capítulos, páginas y videos para ser considerados en el momento oportuno.

Una Bioética que Acompaña y Anima...

Surge como una necesidad de compartir el sentido celebrativo de la dignidad humana.

Surge como una necesidad de denunciar nuevos paradigmas culturales que muestran como conductas no reconocidas por el sentido moral, llegan a ser respetadas y permitidas por la sociedad.

Surge como necesidad para tomar contacto con las personas en condiciones de vulnerabilidad y acompañar los procesos que lleven a asumir la propia historia y a sanarla.

Finalmente, surge como necesidad de acompañar a aquellos profesionales de la salud, llamados a la vocación sublime de custodiar la vida humana, muchas veces consolando desde la propia fragilidad, con la madurez humana que permite acompañar situaciones de crisis.

Cada temática presentada en este trabajo, mantiene su fidelidad en la selección y texto original al momento de su publicación, siendo acompañada con la bibliografía correspondiente.

Detenerse en el camino, para acompañar la fragilidad humana, lleva a centrar la mirada en aquel llamado a la vocación de servir, aceptando la invitación de no contentarnos con esperar a los que vienen, sino tomar la iniciativa de salir al encuentro para generar vínculos, en esta ocasión haciéndolo en forma explícita a través del mensaje de una Bioética que Acompaña y Anima.

Mgter. Dra. Raquel Bolton

Estamos llamados a ser custodios de la vida humana y esta presentación quiere invitar a ver la realidad, como contemplación del mundo interior de una Bioética acompañada por valores y principios, en el marco de intimidad con el ambiente.

La Bioética surge como una necesidad de contar con una reflexión profunda que aporte pautas de acción, conforme a la existencia de principios universales e inmutables y que responda desde lo moral a profundos cambios en el mundo sanitario y el cuidado de la salud.

El presente trabajo es producto de una intensa labor de recopilación de artículos realizados, con el objetivo de indicar un camino de reflexión bioética que contempla a la persona humana desde una conceptualización ecológica, analizada a través de un hecho biomédico comprobado y delineada en las coordenadas antropológicas y éticas.

La necesidad de contar con líneas de acción creativa impregnadas de valores, nos lleva hoy a asumir la salud como parte integral de la persona y la comunidad, animándonos a promover acciones y abordajes de trabajos, implementando una cultura de estilos de vida saludable.

“Salir hacia los demás para llegar a las periferias humanas no implica correr hacia el mundo sin rumbo y sin sentido. Muchas veces es más bien detener el paso, dejar de lado la ansiedad para mirar a los ojos y escuchar, o renunciar a las urgencias para acompañar al que se quedó al costado del camino.”(E.G.46)¹

A partir del año 1970, con la aparición del término Bioética en un artículo escrito por el oncólogo Van Rensselaer Potter y titulado

¹ FRANCISCO. *Exhortación Apostólica Evangelio Gaudium*. 24 de noviembre, Solemnidad de Jesucristo, Rey del Universo, del año 2013, primero de su Pontificado. www.vatican.va

“The science of survival”, comienzan a surgir numerosos centros de estudios, teniendo a la Bioética como una “nueva” reflexión.

Para Potter, existe una inquietud en la humanidad ante las posibles consecuencias negativas del desarrollo científico y hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética, a través de la adquisición de una sabiduría que lo permita.

Ésta es la Bioética entendida por él, como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas, de modo que se obtenga con su uso correcto, una mejor calidad de vida. La Enciclopedia of Bioethics de Reich (1978), considera la Bioética como:

“Una ética de las ciencias de la salud, que abarca los problemas de los profesionales de la salud, los que emergen en la investigación científica, aunque no sean directamente terapéuticos, los que surgen en las políticas sanitarias o en el equilibrio del ecosistema, definiendo la bioética como una ciencia que identifica los valores y principios que orientan la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la recuperación de la salud.”

En el año 1985 surge el primer Centro de Bioética en Italia, dentro de la Universidad Católica, teniendo su sede en la Facultad de Medicina y Cirugía “A. Gemelli” de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, en Roma. El órgano oficial del Centro es la Revista “Medicina e Morale”, que publica bimestralmente artículos, notas, comentarios y reseñas bibliográficas sobre diversos aspectos de la Bioética, de la Deontología y de la Moral médica.

El Centro de Bioética de la Universidad Católica mantiene una perspectiva filosófica que se califica como Personalismo Ontológicamente Fundamentado, de inspiración tomista y que busca, a partir de este punto de vista, estar en sintonía permanente

con el pensamiento católico, sin cerrarse ni excluir el diálogo con otros enfoques, pero teniendo su mirada ontológica en la persona humana, como centro de este modelo.

El responsable de comenzar con la enseñanza de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del Sacro Cuore (Roma), es quién en 1994 es nombrado Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida: S.E.R. Mons. Elio Sgreccia.

Cardenal Elio Sgreccia, padre de la Bioética Personalista Ontológicamente Fundada en la presentación del libro Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Homenaje a S.E.R Mons. Elio Sgreccia en sus 80 años de vida. Dras. Raquel Bolton-Elena Passo.



El cuidado a la vida tiene un alto valor, como bien primario y fundamental de la persona humana, una lectura ontológica, podrá individualizar sus dos propiedades esenciales: identidad e integridad.

El mundo de la educación es un marco privilegiado, para educar en el sentido del límite y el amor a la vida. El menosprecio a la persona humana y el consumismo reflejado en la sociedad actual, están llamando al desarrollo de una conciencia moral y a un cambio cultural, donde una investigación realizada a la luz de valores y principios morales, ponga los nuevos descubrimientos humanos, al servicio de las personas.

Profundizar en el conocimiento sobre lo “éticamente adecuado”, nos invita a presentar una serie de principios que deben guiar a la ciencia médica y la tecnología, especialmente en aquellos casos que vulneran los derechos fundamentales del ser humano en el *Inicio y Final de Vida* alterando la natural y biológica génesis natural.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

INICIO DE VIDA

FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS EN EL SÍNTOMA POST ABORTO.



El recién concebido tiene características propias con patrimonio genético único e irrepetible, que lo individualiza como exclusivo de la especie humana. Este nuevo genoma del que está dotado el embrión unicelular, posee una finalidad biológica que le es propia, dándole identidad de fin en sí mismo.

Aportes científicos-biológicos aportan evidencias, señalando que no estamos en presencia de un ser humano en potencia, estamos en presencia de un único proceso de vida que es continuo, gradual y coordinado, dado en el mismo individuo.

Desde el momento de unión de los pronúcleos femenino y masculino la individualidad cromosómica, determina una realidad biológica con una autogénesis individualizada y controlada activamente.

Inmediatamente después de la fecundación, comienza junto al desarrollo celular, un diálogo madre-hijo que profundizará una relación difícil de olvidar por la intimidad provocada y la misma biología.

En el primer día el embrión comienza a comunicarse con la madre a través de un diálogo molecular, las moléculas interactúan con receptores que se encuentran en las trompas y en respuesta, éstas producen sustancias.

En el día tres, el embrión está formado por ocho células, éstas comienzan a diferenciarse, células pluripotenciales en distintos procesos de maduración. En estado de blastocisto – quinto día- comienza a prepararse para su recorrido en dirección a la cavidad uterina.

En las distintas etapas de la vida, distintos fenómenos acompañan la vida celular, proliferación, diferenciación y muerte programada de células embrionarias; la diferenciación es el proceso

que origina la diversidad celular mediante la adquisición de diferentes funciones por grupos de células. En su mayor parte este proceso se da, o al menos se inicia, en el desarrollo embrionario.”²

El embrión es inicialmente autosuficiente hasta implantarse en el útero recién a los 7 días de vida, es en este momento que se han reproducido sus células más de 200 veces, siendo algunas de ellas destinadas a formar la placenta, mientras que otras seguirán el desarrollo coordinado y progresivo en el embrión.

Moléculas de superficie, complementarias del embrión, indicarían el recorrido que debe seguir el embrión por las Trompas y el lugar donde debe detenerse para anidar.

En la primera semana se produce la implantación: diálogo tisular. El embrión en su penetración en la segunda capa del útero (el endometrio), ocasiona la liberación de sangre de los vasos capilares de la madre; cada nueva organización en el endometrio presenta capacidades de modo que cada nivel de desarrollo es siempre más que la simple suma o mezcla de los materiales de partida.

La nueva vida ya está compuesta por cientos de células y ha desarrollado una hormona protectora que evita el rechazo de este nuevo ser por parte del cuerpo de la madre.

En la semana dieciséis la madre comienza a sentir los movimientos de su hijo, que se irán haciendo más fuertes a medida que avanza el desarrollo.

Los órganos genitales se aprecian con toda claridad.

La ciencia aporta hallazgos notables acerca de la íntima relación madre-hijo, haciendo referencia a aquellos factores que intervienen en la determinación de la ontogenia y que dan lugar a un

² MORATALLA, NATALIA LÓPEZ- IRABURU ELIZALDE, MARÍA J. : *“Los quince primeros días de una vida humana*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. España. Segunda Edición 2006.

diálogo epigenético, estudios científicos han revelado la aparición de cambios epigenéticos, llamados así por ser determinados por el ambiente celular, permitiendo que algunos genes se expresen o no de acuerdo a condiciones externas.

La investigación perinatal, sigue aportando estudios que avalan la relación materno filial desde una visión epigenética, sobre todo en la formación de los vasos nuevos que se generan en la placenta.

Justamente, por la gran conexión materno-fetal existen riesgos biológicos para la vida intrauterina, es por ello importante que se realicen los controles médicos en la mujer embarazada y que se le brinde por parte del profesional que la asiste, la información correspondiente sobre el efecto que el consumo de fármacos o sustancias psicoactivas provocan en el embarazo. Se observa en este tipo de embarazos, que son considerados de alto riesgo, una mayor incidencia de partos prematuros y de bajo peso al nacer.

En el II Congreso Uruguayo de Neonatología, en el año 2007 fue presentado un estudio con indicadores significativos que aportaron marcadores biológicos presentes en el meconio (término médico utilizado para referirse a las primeras heces del recién nacido, las cuales estaban compuestas de líquido amniótico, moco y lanugo, o sea el vello fino que cubre el cuerpo del bebé):

Este estudio, pone en evidencia científica una población que nunca es considerada... los fetos, dejando bien en claro que al nacer esos bebés son alcanzados en la vida intrauterina, por el uso de sustancias ingeridas por la madre durante la gestación.

Poner en evidencia el peligro que conlleva un aborto y sus secuelas físicas y psíquicas, puede dar paso a asumir una realidad dolorosa y poder sanar una historia.

Esta dimensión humana y comunitaria, permite ser acompañada por personas que desde lo profesional asistan a la mujer que aborta y a la familia que ha sufrido el impacto del hecho.

La mujer que ha abortado tiene la experiencia de una muerte no reconocida...no ha podido ver el cuerpo muerto de su hijo, como tampoco elaborar el duelo.

Un nuevo paradigma cultural muestra cómo conductas delictivas y no reconocidas por el sentido moral, llegan a ser respetadas y permitidas por la sociedad a través de múltiples transgresiones, una de ellas es la eliminación deliberada y directa de una vida humana en su fase inicial. El aborto es uno de los temas más debatidos en distintos países del mundo, en su esencia lleva implícito un mensaje... legitimar la muerte de seres humanos inocentes.

Aborto: Impacto sobre la pareja, los hijos y la sociedad

Suprimir una vida conlleva a secuelas físicas y psicológicas difíciles de olvidar, ya sea por los métodos utilizados para abortar o por las complicaciones inmediatas que ponen en peligro futuros embarazos. Si bien un embarazo que es producto de una violación, es en sí, una situación sumamente traumática, abortar aumenta el dolor ya experimentado por la mujer, debido al desgarramiento que se produce en lo profundo de su ser por la vida arrancada de su propio cuerpo; experiencia que sólo evidencia que la misma naturaleza ha sido profanada.

No hay libertad donde se destruye una vida concebida que aún no ha nacido, ni vida asumida en plenitud donde se quita la libertad a un ser indefenso que no puede expresarse con su voz.

Frente al aborto el hombre también experimenta distintas sensaciones, que tienen que ver con el gran vacío que provoca la

muerte de un hijo, sensación que se agrava si no hubo una consulta previa a la práctica del mismo.

Estados profundos de tristeza, frecuentes pesadillas, ausencias en los lugares de trabajo y estudio, lo llevan a “abortar momentos de su vida”, producto de resentimientos que pueden llevar incluso a una fractura con su pareja.

Los hijos nacidos también reciben el impacto de la muerte de un bebé...alguien formaba parte de la familia y ya no está. La culpabilidad de los padres da lugar a una distancia emocional que es percibida por los hijos frente a la ausencia de un hermano. Bajo rendimiento escolar, frecuentes pesadillas, conductas agresivas y regresivas forman parte de un cuadro que hace impacto en la relación con los padres y el entorno.

El no prevenir acerca de las consecuencias psicopatológicas que entraña la realización de un aborto, las posibles complicaciones de las técnicas abortivas y su práctica, ocasiona que con el tiempo el personal de salud pueda experimentar el remordimiento por el acto realizado, ya que su vocación de origen fue una invitación a servir a la vida.

El Dr. Bernard Nathanson, hijo de un prestigioso médico judío, se graduó de médico en 1949 y fue responsable de 75.000 abortos:

"He abortado a los hijos no nacidos de amigos, colegas, conocidos e incluso profesores. Llegué incluso a abortar a mi propio hijo", lloró amargamente el médico, quien explicó que a la mitad de la década de los sesenta "dejó encinta a una mujer que lo quería mucho. Ella quería seguir adelante con el embarazo, pero él se negó. Puesto que yo era uno de los expertos en el tema, yo mismo realizaría el aborto, le expliqué. Y así lo hice".

Sin embargo, a partir de ese suceso las cosas empezaron a cambiar. Dejó la clínica abortista y pasó a ser jefe de obstetricia del Hospital de St. Luke´s. La nueva tecnología, el ultrasonido, hacía su aparición en el ámbito médico. El día en que Nathanson pudo observar el corazón del feto en los monitores electrónicos, comenzó a plantearse por vez primera qué era lo que estábamos haciendo verdaderamente en la clínica. Decidió reconocer su error.”³

Durante muchos años, sintió el peso de los abortos practicados que se hacía cada vez más gravoso y persistente. Esto lo motivó a comenzar un camino espiritual que lo llevó a bautizarse en 1996, falleciendo el 21 de febrero de 2011. Fue reconocido mundialmente por haber sido uno de los principales promotores del aborto y luego converso al catolicismo, se convirtió en ardiente defensor de la vida.

Un enfoque bioético brindará la posibilidad de fundamentar desde lo científico, antropológico y ético una realidad que duele, pero necesita ser comunicada y compartida. Para esto, es necesario comprender qué pasa en la vida humana en sus fases iniciales y las relaciones que se van gestando durante su desarrollo.

Puesto que el desarrollo biológico es ininterrumpido y se actúa sin una mutación cualitativa intrínseca se debe decir que la nueva entidad constituye un nuevo individuo humano, que desde el instante de la concepción prosigue su curva vital. La autogénesis del embrión se efectúa de manera tal que la fase sucesiva no elimina a la anterior, sino que la absorbe según una ley biológica individualizada y controlada.

El aborto no solo deja huellas en el cuerpo, lo hace también en el corazón de todos los que están involucrados en él.

³ Parte del relato del DR. BERNARD NATHANSON: *Cuando la “Mano de Dios” alcanzó al “Rey del aborto”* www.aciprensa.com

Bolton, Raquel. Ponencia ante la Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Apertura de Sesiones por el “Debate en la Despenalización del Aborto”. 10 de abril 2018. Publicado en www.medicoscatolicos.org.ar 2017-2021.

El discurso de Raquel Bolton sobre el aborto en el Congreso
<https://youtu.be/NB-Cs28YCvg>

RELACIÓN MATERNO FILIAL. CONSIDERACIONES ÉTICAS



Profundizar el análisis de una relación materno-filial, permite proceder al abordaje metodológico con tres ejes a considerar:

- . Consideración de una cronología coordinada en el propio genoma humano.

- . Un análisis antropológico que evidencia una Dignidad Humana

- . Reflexionar en una ética Proporcionalada con carácter de obligatoriedad.

Tutelar los derechos fundamentales y principalmente el derecho a la vida, nos lleva a considerar la intervención médica y biotecnológica como indicadores de la valoración ética, especialmente en los criterios generales de proporcionalidad, desproporcionalidad e ilicitud en la ejecución de los actos humanos.

La realidad biológica y psíquica de la mujer la constituye en el ser elegido desde el inicio de los tiempos, para darle el don de la Maternidad. Entre los valores que están vinculados a la vida de la mujer, se encuentra la capacidad de poder albergar una vida.

La maternidad de la mujer, en el período comprendido entre la concepción y el nacimiento del niño, es un proceso biofisiológico y psíquico y el análisis científico confirma plenamente que su misma constitución física y su organismo tienen una disposición natural, aún en la circunstancia donde no hay generación biológica.

Llamado a la complementariedad con la mujer, el varón tiene un rol decisivo formando parte de la esencia misma de la familia y su biología lo hace partícipe en el desarrollo sexuado y diferenciación genética de una nueva vida, la determinación cromosómica y endocrinológica lo hace protagonista y referente de la reciprocidad biológica.

Inmediatamente después de la fecundación y reconocimiento específico de los gametos masculino y femenino, comienza junto al desarrollo celular, una relación materno filial que profundizará un diálogo difícil de olvidar, por la intimidad provocada por la misma naturaleza humana.

Pero es necesario comprender antes, que células involucradas en la reproducción de los seres humanos, son altamente especializadas en las funciones de transporte, reconocimiento, adhesión y fusión.

El reconocimiento específico de gametos, es la manifestación biológica de una activación mutua, luego de un estado de inactivación o silenciamiento de la expresión génica.

El momento que marca el inicio de un nuevo ser humano, determina una serie de acontecimientos articulados y proporciona la documentación de una dirección definida de desarrollo diferenciado y complejo, que ya no puede retroceder a fases recorridas.

Ciertamente, la presencia del genoma humano permite entender una continuidad genética existente en el núcleo del cigoto, completada en la fecundación y que permanecerá invariable en todas y cada una de las células, desde el inicio hasta la etapa final de un individuo, como expresión de una continuidad biológica.

El nuevo ser posee una teleología, constituyéndose un fin por sí mismo y no por otro, es erróneo pensar que es un programa coordinado por los órganos de la madre, aunque requiera de ella para desarrollarse.

Desde su realidad biológica se considera un individuo totalmente humano en etapa de desarrollo que, guiado por un principio autónomo, atraviesa una cronología coordinada en su

propio genoma sin ninguna discontinuidad, permitiéndole iniciar un diálogo molecular que lo tiene como protagonista.

Uno de los desafíos para la ética en investigación es la profundización de los mecanismos moleculares que impulsan la fusión de gametos, teniendo en cuenta que la infertilidad afecta a un grupo importante de parejas reproductivamente activas.

Publicaciones de experiencias científicas, permiten examinar en detalle la comprensión de los mecanismos moleculares que impulsan la fusión de gametos y se expresan en la membrana plasmática de los ovocitos humanos, su inhibición bloquea completamente el proceso de fusión con los espermatozoides.

El inicio de esta relación vital materno filial tiene lugar en las trompas uterinas donde el embrión interactúa con receptores, a través de una red de sustancias que libera y actúan silenciando todas las células maternas que generarían el natural rechazo, tóxicas para células extrañas y generadoras de anticuerpos de rechazo.

El factor clave que inicia este proceso es la expresión de un antígeno de histocompatibilidad peculiar del embrión en el estado de blastocisto, una realidad natural que da paso a una íntima relación madre e hijo, donde los resultados son más que la fusión de gametos y la identidad biológica junto al proceso madurativo, presentan a un nuevo ser inseparable de su desarrollo.

De no existir un sistema inmunológico tolerante por parte de la madre, el embrión sería espontáneamente rechazado, pero la existencia de una presencia biológica autoprogramada desactiva todos los procesos biológicos naturales, que defienden a la madre contra todo cuerpo extraño.

Las Trompas Uterinas producen factores de crecimiento para el desarrollo embrionario y factores de supervivencia éstos, inhibidores

de la apoptosis o muerte celular programada, serán los encargados del acto vital, que necesita el embrión para su traslado.

También sintetiza la madre moléculas de superficie, que indican el recorrido que debe seguir por las trompas y el lugar donde debe detenerse para anidar, la existencia de un fluido secretado por el endometrio materno, llega a impregnar al embrión, pudiendo modificar su expresión génica.

Estudios científicos han revelado la aparición de cambios epigenéticos en el embrión, llamados así, por ser determinados por el ambiente celular, permitiendo que algunos genes se expresen o no de acuerdo a condiciones externas, los mismos son determinantes en la ontogenia y el diálogo biológico

La investigación perinatal, sigue aportando estudios que avalan la relación desde una visión epigenética, sobre todo en la formación de los vasos nuevos que se generan en la placenta.

Este proceso vital resulta más que la suma de sus componentes, porque la información contenida en los materiales de partida, se retroalimenta con la dinámica del proceso mismo.

El conjunto de características biológicas, permiten diferenciar los distintos procesos del sexo a nivel: cromosómico, gonadal, embrionario y genital, siendo el patrimonio genético de la especie humana, individualizado.

La diferenciación gonadal, iniciada en la 4ª semana de gestación se completa hacia la semana 8ª en el varón y un poco después en la mujer debido a diferentes tiempos en el desarrollo.

La ciencia biológica pone de manifiesto el microquimerismo maternal, esto significa la persistencia en un individuo de un bajo número de células, o ADN de otro, situación que permite un tráfico bidireccional de células a través de la placenta.

Las mismas pueden detectarse agrupadas en los llamados nichos de células individualizados por su componente cromosómico XX y XY, encontrándose en órganos maternos, entre ellos especialmente la médula ósea, pulmón, hígado, riñón, piel, tiroides y glándula adrenal.

Estas células fetales se denominan Progenitores Celulares Asociados al Embarazo, son inmaduras y con gran potencial de diferenciación pueden proceder de la célula troncal hematopoyética de la sangre fetal y de la placenta o de células troncales del feto que se diferencian para dirigirse a distintas localizaciones entre ellas, músculos y sistema nervioso.

Recientes estudios han demostrado que las células tienen una gran capacidad de autorrenovación, tienden a concentrarse en los tejidos de la madre afectados clínicamente, cumpliendo un papel de reparación en aquellos que se encuentran dañados, como es el caso de mujeres que padecían cardiopatías o enfermedades autoinmunes.

Se ha detectado microquimerismo en diferentes órganos de mujeres que han sufrido pérdida espontánea de un embarazo o han realizado un aborto; en este último caso el microquimerismo es más frecuente y más elevado.

La relación materno-filial también se evidencia en la fecundación in vitro cuando se utilizan óvulos donados, o cuando se recurre a la gestación subrogada.

En la primera circunstancia, en los embriones implantados procedentes de la fecundación de óvulos donados se podría modificar la expresión génica de su genoma por la presencia de mensajes maternos, y en el segundo caso, también podrían influir en el genoma del hijo, a través de lazos biológicos.

La necesidad de contar con una reflexión profunda que aporte pautas de acción, conforme a la existencia de principios universales e inmutables determinan el surgimiento de la Bioética:

Se relaciona con las Ciencias Biomédicas.

- Funda criterios que sirven de norma, para discernir la intervención lícita del Hombre sobre la vida.

- Responde a los problemas concretos de todos aquellos que se enfrentan a dilemas éticos en el ámbito de la salud y la enfermedad.

Una Bioética respetuosa de la antropología humana, no ignora el valor de la vida de los otros seres vivientes, habla de una diferencia, para dar respuesta a los actos humanos y a la responsabilidad que les cabe a las implicancias éticas.

Aportes bioéticos, hacen referencia a principios fundamentales de la ética médica en el inicio de vida, así el:

Principio de Autonomía:

A través de su autonomía biológica, el nuevo ser desde las primeras fases de su desarrollo inicia el proceso de autoduplicación del material genético, iniciando una continuidad y gradualidad de una fase menos diferenciada a la más diferenciada.

La persona humana nunca es un medio, es un fin en sí misma y hablar de Dignidad es entrar en la profundidad de la Bioética.

Algunas corrientes filosóficas afirman que el embrión humano no debería considerarse persona, desde esta postura es necesaria la presencia de una sensibilidad consciente que se exprese a través de un sistema nervioso central.

Esta visión sensitiva, avala el concepto de persona vacío de significado en las etapas biológicas que carecen de la capacidad de sentir dolor o expresar distintas sensaciones, otras posiciones resaltan la importancia en las relaciones humanas, siendo ésta la medida para valorar a la persona humana.

Desde una visión antinaturalista se postula la irrelevancia de lo aportado por la biología para definir el estatuto ontológico del embrión.

La visión ontológica sustancialista funda el concepto de persona en razón de su sustancia, el comenzar a ser y la existencia como tal y no por su funcionalidad manifestada en el conjunto de operaciones.

El ser humano se distingue de otras especies por la presencia de las dimensiones

Biológica: A través de la activación por el espermatozoide, el ovocito -célula haploide- se transforma en embrión unicelular, con estructura coordinadora que se automantiene y autoconstruye.

Espiritual: El embrión humano posee una finalidad que le es propia, surge a la existencia en el momento de la fecundación, con el cual se inicia la vida humana, totalmente presente y con capacidad de controlar y dirigir su desarrollo hasta el momento final.

Profundizar en la biología de la generación de un nuevo ser, es un tema fundamental en el marco ético, porque demostrar que el embrión humano es un ser biológico de nuestra especie, es crucial para afirmar que cualquier procedimiento desproporcionado que implique su destrucción es bioéticamente inaceptable.

El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el equipo de salud, hace referencia en sus primeros artículos a la presencia de guías de conductas basadas en principios morales,

siendo el objetivo de la salud el completo equilibrio del bienestar psicofísico social y espiritual de la persona y de la comunidad, siendo responsabilidad del equipo de profesionales de la salud lograrlo en sintonía con la multidisciplinariedad.

Principio de Beneficencia:

Este principio hace referencia a la obligación de hacer con el otro, aquello que cada uno entiende como bueno para sí, ejemplo de ello es la protección y defensa de los derechos, suprimir condiciones que puedan producir perjuicio y otras situaciones que conduzcan a un daño.

El embrión y feto en cuanto a persona merecen respeto por sí mismo desde el inicio de la vida y es proporcionado con características de obligatoriedad las técnicas médicas con fines terapéuticos, mereciendo ser valoradas moralmente en referencia a la dignidad humana.

Justamente, por la gran conexión materno-filial existen riesgos biológicos para la vida intrauterina, es por ello importante que se realicen los controles médicos en la mujer embarazada y que se le brinde por parte del profesional que la asiste, la información correspondiente.

El conocimiento científico pone a nuestra disposición datos que afirman que el embrión humano en la fase de la preimplantación es una realidad biológica, que mantiene una relación materno-filial a nivel molecular, tisular y epigenético, con capacidad intrínseca de realizar ese desarrollo.

Asimismo, presenta una plena cualificación antropológica y ética, por lo tanto, no se le puede atribuir un cambio en la naturaleza ni una gradación moral diferente al de toda persona humana.

Se puede hablar de diferentes fases del desarrollo humano, pero no existen fases en la realidad ontológica, ésta permanece inalterable; por lo tanto el Principio de No Maleficencia, explicado normalmente como daño o injuria, obligando a no hacer daño intencionalmente y el de Justicia, como necesidad de respeto a las normas morales básicas que permiten que puedan llevarse a la práctica los principios éticos fundamentales, forman parte de la consideración ética respetuosa de la defensa e integridad del ser humano en su etapa inicial.

Experiencias de profesionales de la Neurobiología, Psiquiatría, Psicología, Biología Molecular y Bioética, aportan al conocimiento del Síndrome Post-Aborto informes científicos que avalan la relación materno-filial en el embarazo.

Suprimir una vida conlleva a secuelas físicas y psicológicas difíciles de olvidar, ya sea por los métodos utilizados o por las complicaciones inmediatas que ponen en peligro futuros embarazos.

Toda situación sumamente traumática, vivida a nivel biológico aumenta el dolor y sufrimiento, debido al desgarró que se produce en lo profundo del ser cuando se interrumpe una relación madre-hijo que por su misma naturaleza no llega a su fin.

El conocido como vínculo de apego afectivo y emocional forma parte del proceso biológico del embarazo y se ha comprobado que la interrupción del embarazo tiene consecuencias en la salud psíquica de la mujer, al afectarse el íntimo vínculo filial.

También el hombre, experimenta estados de profunda tristeza, que llevan al varón a abortar momentos de su vida, producto del vacío por la muerte de un hijo no nacido, situación que se agrava si no hubo una consulta previa en casos de aborto.

La Maternidad Subrogada fragmenta momentos importantes y significativos en la biología del inicio de vida, frente al anonimato de los dadores de gametos, se vulnera el derecho a la identidad y posibilita la incorporación de variantes de la fertilización artificial, considerándose además una forma de mercantilizar la filiación.

La expresión usada frecuentemente, de “vientre de alquiler” altera la natural y biológica relación madre e hijo, en su diálogo molecular, el diálogo tisular en su naturaleza y factores epigenéticos se fragmentan en su génesis natural.

Frente a proyectos que avalan la gestación por sustitución, se deben considerar las consecuencias que pueden surgir:

- . Quién protege y tutela los embriones no implantados.
- . Ante un embarazo múltiple, la posibilidad de tener que recurrir a una reducción embrionaria.
- . Qué medida tomaría la pareja, en el caso de embriones portadores de genes asociados con determinadas alteraciones cromosómicas.

Un enfoque bioético brindará la posibilidad de fundamentar desde lo científico, antropológico y ético una realidad que duele, pero necesita ser comunicada y compartida. Para esto, es necesario comprender qué pasa en la vida humana en sus fases iniciales y las relaciones que se van gestando durante su desarrollo.

Puesto que el desarrollo biológico es ininterrumpido y se actúa sin una mutación cualitativa intrínseca y sin que se necesite una ulterior intervención que lo origine, se debe decir que la nueva entidad constituye un nuevo individuo humano que desde el instante de la concepción prosigue su ciclo o, mejor dicho, su curva vital.

El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el Equipo de Salud, hace referencia a las nuevas técnicas de procreación asistida y la producción de una modificación substancial en el sistema de reproducción, cambiando por ello conceptualizaciones legales, socioculturales médicas y éticas.

Asimismo, señala que el médico que realice prácticas de fecundación asistida deberá otorgar a los embriones toda la protección y el respeto que como vida humana merecen por tal motivo toda la actividad desarrollada sobre embriones.

Cambios antropológicos y éticos han impactado en la sociedad actual, desvirtuando el concepto de procreación y el lenguaje del cuerpo expresado en el acto conyugal queda reducido al proceso biológico de reproducción, como necesidad a la que está llamada la especie, comienza aquí, un camino que lleva a un nuevo paradigma en el concepto de filiación.

La persona y su dignidad inherente representan la piedra angular y son el núcleo de hechos biológicos y presencia de valores que orientan la práctica de la bioética.

Desear el bien y trabajar por el bien común se manifiesta también en una política de gestión sanitaria que acompañe los procesos en el cuidado a nuestros profesionales del equipo de salud que, actuando sin discriminación, puedan disponer de libertad en el ejercicio de su profesión y de condiciones tecnológicas que les permitan actuar con independencia y garantía de calidad, en defensa de una relación Materno Filial que por íntima realidad biología, marca el inicio de la vida humana.

Bibliografía

BOLTON, RAQUEL.

Consejo de Ética en Medicina. Academia Nacional de Medicina Seminario sobre Ética en el inicio de la vida humana. 9 de octubre de 2019.

Relación Materno Filial. Consideraciones éticas.

Publicado en www.medicoscatolicos.org.ar 2017-2021, 24 de febrero del 2020.

<https://youtu.be/heQsF1h2bm8>

**“¿POR QUÉ NO PUEDO OLVIDAR QUE
ABORTÉ?”**



“Memorial por los niños que están por nacer”, 2010.

Martin Hudáček . Eslovaquia

La realidad biológica y psíquica de la mujer la constituye en el ser al que Dios ha elegido desde el inicio de los tiempos para darle el don de la maternidad. Su delicada intuición y comprensión le posibilitan encontrar formas de realización personal, aun en la circunstancia en que no hay generación biológica

Ser madre está unido a la estructura personal de la mujer y la afectividad es una dimensión fundamental en la persona humana, que anclada en la sexualidad se manifiesta en la mujer con características propias de expresión.

A través de una bioética centrada en la persona humana podemos profundizar el conocimiento de las consecuencias de un aborto en el ser humano en estado embrionario o fetal y dar una respuesta desde la ciencia en diálogo con un enfoque antropológico.

Se entiende por aborto a la interrupción del embarazo en periodo embrionario o fetal, espontáneo o provocado, en un periodo no viable de la vida intrauterina, es decir cuando no hay posibilidad de vida por sí misma.

En 2016 hubo 245 muertes maternas en nuestro país, con 43 embarazos que terminaron en aborto (provocados y espontáneos); 135 defunciones por causas obstétricas directas: trastornos hipertensivos, hemorragia posparto y sepsis, entre otras causas por considerar, y 67 causas obstétricas indirectas: enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y digestivo que complican el embarazo, entre otras causas indirectas [Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica (2016).]

En mi experiencia como médica bioeticista he acompañado en el sufrimiento y desesperación a mujeres que han abortado y

siempre me pregunté cuál es el motivo de no poder olvidar que lo hicieron.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) puede presentarse luego de un evento traumático, algo que vemos o escuchamos, o situaciones vividas asociadas con la propia biología y sentimientos de desesperanza.

Los síntomas del TEPT se manifiestan poco después del evento traumático; incluso aparecen y desaparecen durante muchos años.

Profundizando en el conocimiento científico y analizándolo desde una mirada biológica, fundamento mi pensamiento a través del diálogo que el hijo tiene con la madre durante la vida intrauterina.

Inmediatamente después de la fecundación comienza, junto al desarrollo celular, un diálogo madre-hijo que profundizará una relación difícil de olvidar por la intimidad provocada y la misma biología. El gameto masculino como el femenino son dos sistemas autónomos, ordenados el uno al otro.

Los aportes científicos-biológicos aportan evidencias, señalando que no estamos en presencia de un ser humano en potencia sino en presencia de un único proceso de vida que es continuo, gradual y coordinado, dado en el mismo individuo.

Desde el momento de unión de los pronúcleos femenino y masculino la individualidad cromosómica determina una realidad biológica con una autogénesis individualizada y monitoreada activamente.

En las distintas etapas de la vida, distintos fenómenos acompañan la vida celular: proliferación, diferenciación y muerte programada de células embrionarias. La diferenciación es el proceso que origina la diversidad celular mediante la adquisición de

diferentes funciones por grupos de células. En su mayor parte este proceso se da, o al menos se inicia, en el desarrollo embrionario.

En la primera semana se produce la implantación: diálogo tisular. A partir de la quinta semana del embarazo, se produce un intercambio celular bidireccional. Las células del embrión atraviesan la barrera placentaria, migran hacia la médula ósea y los órganos maternos. Estas células pluripotenciales agrupadas en nichos son las que, llegado un caso concreto, pueden reparar daños en los órganos dañados de la madre.

La ciencia aporta hallazgos notables acerca de la íntima relación madre-hijo, haciendo referencia a aquellos factores que intervienen en la determinación de la ontogenia y que dan lugar a un diálogo epigenético. Estudios científicos han revelado la aparición de cambios epigenéticos, llamados así por ser determinados por el ambiente celular, permitiendo que algunos genes se expresen o no según las condiciones externas.

Suprimir una vida conlleva a secuelas físicas y psicológicas difíciles de olvidar, ya sea por los métodos utilizados para abortar o por las complicaciones inmediatas que ponen en peligro futuros embarazos.

Si bien un embarazo que es producto de una violación es en sí una situación sumamente traumática, abortar aumenta el dolor ya experimentado por la mujer, debido al desgarramiento que se produce en lo profundo de su ser por la vida arrancada de su propio cuerpo.

Frente al aborto el hombre también experimenta distintas sensaciones, que tienen que ver con el gran vacío que provoca la muerte de un hijo y los hijos nacidos también reciben el impacto de la muerte de un bebé: alguien formaba parte de la familia y ya no está.

Como médica defiendiendo las dos vidas, por su misma dignidad, y comparto lo señalado en la declaración de la Comisión Directiva del Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires sobre el aborto, de fecha 24 de febrero de 2018, afirmando que “Como profesionales de la salud sostenemos nuestra fidelidad ética al servicio de la vida, en todas sus etapas y circunstancias.

Asimismo, defendemos la libertad radicada en la razón y en la voluntad, de hacer esto o aquello conforme a una elección asumida, pero no debemos olvidar que la libertad proviene de una larga maduración y de una integración de normas morales, asumiendo responsablemente los actos propios y sus consecuencias”.

La vida humana no es cuestión de una religiosidad o ideología; no es una hipótesis que tiene que ser demostrada. Es una realidad biológica y desconocerla significa desestimar estudios complementarios y exámenes ecográficos en una mujer embarazada que demuestran, entre otros signos vitales, los latidos cardíacos en las primeras semanas de gestación, propios de la nueva vida que por su frecuencia nada tienen que ver con los latidos maternos.

Nuestra institución se manifiesta una vez más en defensa de la vida humana:” Acompañando su etapa inicial desde la fecundación dada por la unión de los gametos femenino y masculino y custodiando la individualidad e identidad biológica comprobada científicamente.

Acompañando a las mujeres, adolescentes y niñas que han sido violadas, coincidiendo en un cuidado interdisciplinario con profesionales de la salud e instituciones capacitadas para sostener esta situación sumamente traumática.

Acompañando a las mujeres que han abortado desde la atención profesional y pastoral más allá de los condicionamientos que pueden haber influido en la decisión.

En el caso de haber debate parlamentario, pedimos estar presentes para manifestar nuestro pensamiento y experiencia médica a través del diálogo en el tratamiento de este paradigma, que muestra cómo conductas permitidas por la sociedad a través de múltiples transgresiones tienden a eliminar la vida humana en su etapa inicial.

Pero insistimos que considerarla en esta etapa como vida latente, implica un total desconocimiento desde lo biológico y lo científico.

Asimismo, señalamos que en ninguna circunstancia el aborto será legal, seguro ni gratuito.

No es legal porque el ordenamiento jurídico argentino, en su misma Constitución, protege a la persona humana desde su concepción.

No es seguro en forma absoluta porque ninguna práctica médica que implique un procedimiento quirúrgico invasivo y cruento como lo es la práctica instrumental de la realización de un aborto carece de riesgos. Es un procedimiento que con respecto al ser humano en la etapa gestacional lo mata y que incluso puede llegar a tener consecuencias graves para la salud y hasta la vida de la madre.

En cuanto a la gratuidad no existiría como tal, ya que los recursos económicos serían aportados por el Estado y resultarían del aporte de los ciudadanos. Esto significaría que el Estado sería partícipe necesario y destinaría fondos públicos a la eliminación de vidas humanas inocentes.

Finalmente afirmamos que hemos sido formados desde lo académico, para el cuidado de la vida en todas sus fases y ningún profesional de la salud puede estar obligado a actuar en contra de ese derecho”.

El aborto no solo deja huellas en el cuerpo; lo hace también en el corazón de todos los que están involucrados en él.

Bibliografía

BOLTON, RAQUEL. Médica Bioeticista. Presidente del Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires. Período 2017-2021

Revista SIGNO digital N° 68. Área Sectores. Mayo 2018. Acción Católica Argentina.

Publicado en www.medicoscatolicos.org.ar. 10 de junio del 2018

MATERNIDAD SUBROGADA



El presente tema a desarrollar publicado en la Enciclopedia de Bioética de la Universidad Católica de Cuyo -Argentina- fue realizado con la intención de acompañar a las parejas en su deseo de ser padres, con una mirada profesional y pastoral, teniendo en cuenta, el deber de informar las variantes que implican manipulación del material biológico en la vida del embrión.

En el temario se presenta:

1. La maternidad como don.

2. Maternidad subrogada: Significado y origen.

2.1 Formas de maternidad subrogada.

2.2 Reproducción artificial: Una técnica clave en la maternidad subrogada.

2.2.1 Causas de esterilidad / infertilidad.

2.2.2 Técnicas según complejidad.

3. Análisis bioético de la maternidad subrogada.

3.1 Aporte científico a la relación madre – hijo.

3.2 Consideraciones antropológicas.

3.3 Reflexión ética.

3.3.1 Fertilización artificial.

3.3.2 Mujer que lleva adelante el embarazo.

3.3.3 El derecho del niño.

3.3.4 Nuevo paradigma en el concepto de filiación.

4. Conclusión.

Todo principio desde lo ético o moral es un juicio práctico que conlleva la aceptación de un valor, cuando hacemos referencia al tema de la vida, ese valor, es la propia dignidad. En la fecundación se inicia el itinerario de un nuevo ser, que, confiado por la naturaleza al cuidado de la madre, exige respeto absoluto y ser tutelado eficazmente. En el orden del ser, su individualidad e inviolabilidad confirman la unidad sustancial de una vida humana en singular.

1. La Maternidad como Don

La realidad biológica y psíquica de la mujer la constituye en el ser al que Dios ha elegido desde el inicio de los tiempos para darle el don de la Maternidad.

“La maternidad de la mujer, en el período comprendido entre la concepción y el nacimiento del niño, es un proceso biofisiológico y psíquico que hoy día se conoce mejor que en tiempos pasados y que es objeto de profundos estudios. El análisis científico confirma plenamente que la misma constitución física de la mujer y su organismo tienen una disposición natural para la maternidad.” Juan Pablo II (M.D 18)¹

Ser madre está unido a la estructura personal de la mujer, que es vivida en la dimensión personal del don, se traduce en su manera de expresar el amor, de vivir las relaciones interpersonales y en la misión que Dios le confiere en la vida. La afectividad entendida como capacidad de amar y ser amado es una dimensión fundamental en la persona humana, que anclada en la sexualidad se manifiesta en la mujer con características propias de expresión. Su delicada intuición, su capacidad de empatía y comprensión, le posibilitan encontrar

¹ JUAN PABLO II, *Carta Apostólica Mulieris Dignitatem, sobre la dignidad y la vocación de la mujer*. Roma 15 de agosto 1988. VI: 18. www.vatican.va

formas de realización personal, aún en la circunstancia donde no hay generación biológica.

2. Maternidad Subrogada: Significado y origen

La maternidad subrogada, junto a otros nombres - gestación sustitutiva y alquiler de vientre- denominan habitualmente la práctica en la cual una mujer, previo acuerdo de las partes, se compromete a llevar adelante un embarazo y entregar al niño en el momento de nacimiento a una pareja o persona, renunciando a sus propios derechos como madre; frecuentemente es realizada a cambio de dinero. Las motivaciones que pueden llevar a una pareja o persona, a solicitar esta práctica son variadas, entre ellas se comparten:

Esterilidad/Infertilidad de la persona o pareja, para llevar a término un embarazo.

Incapacidad para soportar “posibles consecuencias” que podrían ocurrir en la etapa gestacional.

Parejas del mismo sexo, que plantean la necesidad de ser padres.

Hombre o mujer, que manifiesta el deseo de tener un hijo.

En el año 1976, en Estado Unidos se concretó el primer acuerdo de maternidad subrogada, a través de una inseminación artificial, quién lo patrocinó fue el abogado Noel Keane, quién creó el Surrogate Family Service Inc.

Un controvertido caso de maternidad subrogada, puso el tema en debate en Estados Unidos -caso Baby M- la mujer gestante Mary Beth Whitehead de 29 años de New Jersey, firmó un contrato el 6 de febrero de 1985, de tener un hijo para William y Elizabeth Stern.

Por el contrato arreglado con el Centro de Infertilidad de Nueva York, la Sra. Whitehead accedió a que: “en el mejor interés del niño, no desarrollaría ni intentaría desarrollar una relación padre-hijo con ningún niño (...) que pudiera concebir (...) y dejaría libremente la custodia a William Stern, padre natural, inmediatamente después del nacimiento del niño; y renunciaría a todo derecho materno al mencionado niño según este acuerdo”. La Sra. Whitehead recibiría 10.000 dólares de “compensación por los servicios y los gastos” del Centro de Infertilidad como parte de un total de aproximadamente 25.000 dólares, que el Sr. Stern accedió a pagar al Centro. del resto, 5.000 dólares, se destinaban a los costos médicos, legales y de seguros de la Sra. Whitehead durante el embarazo, y de 7.500 a 10.000 irían a parar al Centro en concepto de minuta.”²

Después de nacida su hija, la Sra. Whitehead y su marido decidieron no entregarla al matrimonio contratante. La madre gestante había sido inseminada con semen del varón de la pareja y los tribunales después de muchas apelaciones otorgaron la custodia de la niña al padre biológico, permitiendo a la madre sustituta poder visitarla.

2.1. Formas de Maternidad Subrogada

Se analiza a continuación distintas formas de maternidad subrogada, según los casos que puedan plantearse:

La pareja comitente aporta el material genético en su totalidad.

La madre sustituta aporta el óvulo, para ser fecundado con el esperma de la pareja comitente, una tercera persona anónima o conocida.

² BERNAL CAMARGO, DIANA ROCÍO: *Técnicas de Reproducción Humana Asistida, Maternidad Subrogada y Derecho de Familia*. Revista Republicana ISSN: 1909 – 4450, No. 6 revista.urepublicana.edu.co

Elección de Subrogación por parte de varones: Óvulos de la gestante u otra mujer con:

- . Semen de uno de ellos, si son pareja.
- . De ambos combinados -azar-.
- . A través de un banco de semen.
- . Embriodonación: Material genético donado.

2.2. Reproducción Artificial: Una Técnica clave en la Maternidad Subrogada

Las mismas se definen como: Conjunto de técnicas que tienen como objetivo, lograr un embarazo a término, permitiendo asistir a un proceso generativo que por diferentes razones no se produce en forma espontánea y natural.

“En la literatura científica, la situación de una pareja que presenta incapacidad para tener hijos se clasifica del siguiente modo:

. Esterilidad: La pareja nunca logró un embarazo. Primaria: Después de intentarlo durante un año. Secundaria: Luego de tener el primer hijo, la pareja no logra otro embarazo, tras intentarlo dos años.

. Infertilidad: El embarazo se logra, pero no llega a término. Primario: La pareja consigue la gestación, pero el embarazo no llega a término. Secundaria: Tras haber logrado un embarazo y parto, la pareja no consigue otro embarazo a término”³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la esterilidad y la infertilidad como patologías y, por lo tanto, las parejas que las padecen deben recibir tratamiento.

³ IGLESIAS CORTINA- RADAKOFF, DIANA: "Un Gran Sí a la Vida", Santa María. 2009 pág.45

2. 2.1. Causas de Esterilidad / Infertilidad

Dentro de las causas médicas mencionamos aquí, las más frecuentes que impiden la gestación en la mujer: alteraciones en la ovulación, disfunción glandular, infecciones, malformaciones, consumo de drogas, causas inmunológicas, utilización de anticonceptivos, alteraciones en la motilidad y permeabilidad de las trompas uterinas. Una trompa estenosada u ocluida no permite la unión de los gametos femenino y masculino.

En el hombre: la ausencia y baja producción de espermatozoides junto a la anormalidad en su estructura, configuran dos de las causas más comunes en el hombre. Se calcula 100.000.000 de espermatozoides por ml de semen, una disminución por debajo de 20 millones /ml es considerada causa de esterilidad (oligozoospermia).

Dentro de las causas socio-económicas, se argumentan con más insistencia, el privilegiar una mejor calidad de vida antes de planificar una familia y la realización en el plano profesional de la mujer.

2.2.2. Técnicas según la complejidad

Técnica de Baja Complejidad: Inducción a la ovulación

Técnica de Mediana Complejidad: Inseminación artificial:
Homóloga / heteróloga

Técnicas de Alta Complejidad más utilizadas: Fertilización in vitro con transferencia embrionaria. Inyección Intracitoplasmática de Semen.

La fecundación “in vitro” heteróloga indicada frente a un caso de esterilidad, con imposibilidad de producir gametos, ya sean

masculinos o femeninos, incorpora la presencia de una donador o donadora.

“Por diversos motivos la esterilidad y la infertilidad ha crecido hasta afectar al 15% de las parejas. Y al tiempo, en la percepción social, el deseo de un hijo se ha transformado en derecho a conseguir descendencia en pareja, o en solitario. Así la práctica de estas técnicas se ha convertido en un lucrativo negocio en el que no se exige garantía de lograr un embarazo y menos aún un nacimiento. La oferta actual en cualquier centro de Reproducción Asistida va desde la posibilidad de disponer de gametos de donantes anónimos, a la transferencia al útero de embriones previa selección de sus características, congelación-almacenamiento y diagnóstico previo a la transferencia de los embriones generados.”⁴

3. Análisis bioético de la maternidad subrogada

El siguiente modelo de análisis presenta el discernimiento entre la posibilidad técnica y la licitud ética, en el abordaje en una problemática compleja con implicancias ética-jurídicas, que comprometen la vida humana.

“La autogénesis del embrión se efectúa de manera tal que la fase sucesiva no elimina a la anterior, sino que la absorbe y la desarrolla según una ley biológica individualizada y activamente controlada.”⁵

3.1. Aporte científico a la relación madre hijo:

Un enfoque bioético brinda la posibilidad de fundamentar desde lo científico, antropológico y ético una realidad que necesita

⁴ LÓPEZ MORATALLA, NATALIA: *Objeción de ciencia a Técnicas de Reproducción Asistida*. 30 de octubre de 2012. www.bioeticaweb.com

⁵ SGRECCIA, ELIO: *Manual de Bioética*. Ediciones Mexico. 1996. Pág. 342.

ser comunicada y compartida. Para esto, es necesario comprender qué pasa en la vida humana en sus fases iniciales y las relaciones que se van gestando durante su desarrollo.

“La fecundación comienza con el reconocimiento específico de los gametos de los padres, que da lugar a un intercambio de señales moleculares que permiten la activación mutua en etapas sucesivas. Para que esto ocurra es necesario que los gametos se encuentren en un estado de inactivación o silenciamiento de la expresión génica y que tal situación sea eliminada por la presencia e interacción con el otro gameto.”⁶

Inmediatamente después de la fecundación comienza el desarrollo celular. Desde el primer día el embrión comienza a comunicarse con la madre a través de interleuquinas IL-1, las cuales interactúan con receptores específicos de las trompas uterinas. Se inicia así un encuentro que dará paso a una historia, generada por un diálogo mediado por moléculas.

De no existir un sistema inmunológico materno tolerante, el embrión sería espontáneamente rechazado, pero gracias a su presencia, son desactivados todos los procesos biológicos naturales que la defienden contra todo cuerpo extraño.⁷

En el día tres, el embrión está formado por ocho células, éstas comienzan a diferenciarse en células pluripotenciales marcando distintos procesos de maduración. En estado de blastocisto – quinto día- comienza a prepararse para su recorrido en dirección a la cavidad uterina. En las distintas etapas de la vida, diversos fenómenos acompañan la vida celular, proliferación, diferenciación y muerte programada de células embrionarias; la diferenciación es el

⁶ PASSO, ELENA: *El Embrión Humano: Un fin en sí mismo*. Editorial Dunken. 2010. pág.31

⁷ LÓPEZ MORATALLA, NATALIA: *El cigoto de nuestra especie es cuerpo humano* www.personaybioetica.unisabana.edu.co

proceso que origina la diversidad celular, mediante la adquisición de diferentes funciones por grupos de células. En su mayor parte este proceso se da, o al menos se inicia, en el desarrollo embrionario.”⁸

Una íntima relación entre madre e hijo, se hace presente en cada secuencia del desarrollo intrauterino, el diálogo molecular se complementa con moléculas de superficie, que actúan a modo de piel y factores intrínsecos por parte del embrión que le otorgan la vitalidad necesaria para recorrer los 5 primeros días con energía que le es propia.

Al producirse la implantación en la pared endometrial - primera semana - el embrión penetra en las capas del endometrio para tomar contacto con los vasos sanguíneos maternos y recibir la energía necesaria para su desarrollo. Este momento marca la presencia de un diálogo tisular.

“A lo largo de la vida del individuo, éste sin estar prefigurado ni estrictamente determinado por la dotación genética recibida de los progenitores, mantiene gracias a ella su identidad biológica, al tiempo que durante su desarrollo va recibiendo nueva información que proviene del medio. De este modo, la interacción de los componentes del medio interno y externo, y el soporte material de la información genética- la secuencia de nucleótidos del polímero DNA- cambia constantemente a lo largo de la vida del individuo, y con ello, a su vez, el estado del viviente mismo. Hay, por lo tanto, en el ser vivo una emergencia de nueva información a la que se denomina información epigenética. El paradigma epigenético encierra en sí y reúne dos conceptos clave. Por una parte, este concepto de emergencia de propiedades: cada nueva organización que aparece en el desarrollo del ser vivo presenta unas capacidades que no están

⁸ López Moratalla, Natalia-Iraboru Elizalde, María J.: "Los quince primeros días de una vida humana". Ediciones Universidad de Navarra, S.A. España. Segunda Edición 2006. p 19

contenidas en los materiales constituyentes, de modo que cada nivel de organización es siempre más que la simple suma o mezcla de los materiales de partida. Y, por otra, la noción de la necesidad de la interacción con el medio para el despliegue de la nueva ordenación de los materiales y la emergencia de las nuevas propiedades.”⁹

3.2. Consideraciones antropológicas

Dios ha decidido llamarnos a la vida, darnos una individualidad única y es innegable reconocer el valor sagrado dado por Él, le corresponde entonces al hombre custodiar, respetar y promover el don recibido. La participación especial de la mujer en la “obra creadora” de Dios y la generación de un hijo, es un acontecimiento esencialmente humano y trascendente.

“La razón más alta de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre a la unión con Dios. Desde su mismo nacimiento, el hombre es invitado al diálogo con Dios. Existe pura y simplemente por el amor de Dios, que lo creó, y por el amor de Dios, que lo conserva. Y sólo se puede decir que vive en la plenitud de la verdad cuando reconoce libremente ese amor y se confía por entero a su Creador.” (GS 19)¹⁰

Para algunas corrientes filosóficas el embrión humano no debería considerarse persona. Desde esta postura es necesaria la presencia de una sensibilidad consciente que se exprese a través de un sistema nervioso central. Esta visión sensitiva, avala el concepto de persona vacío de significado en las etapas biológicas que carecen de la capacidad de sentir dolor o expresar distintas sensaciones, otras posiciones resaltan la importancia en las relaciones humanas, siendo

⁹ LÓPEZ MORATALLA, NATALIA-IRABURU ELIZALDE, MARÍA J.: *“Los quince primeros días de una vida humana”*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. España. Segunda Edición 2006.pp. 17-18

¹⁰ *Gaudium et spes, Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual*. 7 de diciembre de 1965. N°: 19, www.vatican.va

ésta la medida para valorar a la persona humana. Desde una visión antinaturalista se postula la irrelevancia de lo aportado por la biología para definir el estatuto ontológico del embrión.

Algunos autores prefirieron optar por una posición práctica, frente a la pregunta sobre el estatuto del embrión humano, según ellos, dada la imposibilidad de ponerse de acuerdo acerca del ser del embrión conviene establecer de común acuerdo la responsabilidad colectiva frente a él. Se pone entre paréntesis la realidad del sujeto para confrontar la pregunta acerca del hacer a la luz de lo postulado por la ley. Desde esta perspectiva resulta irrelevante la pregunta acerca de qué es o quién es el embrión humano, para darle paso a la pregunta acerca de qué dice la ley, respecto de lo que yo puedo hacer con el embrión.¹¹

La visión ontológica sustancialista funda el concepto de persona en razón de su sustancia, el comenzar a ser y la existencia como tal, son procesos sin saltos cualitativos. El ser humano se distingue de otras especies por la presencia de un cuerpo y un alma, unidos en una única sustancia y no por su funcionalidad manifestada en el conjunto de operaciones.

Se reconocen las dimensiones:

. Biológica: A través de la activación por el espermatozoide, el ovocito -célula haploide- se transforma en embrión unicelular, con estructura coordinadora que se automantiene y autoconstruye.

. Espiritual: El embrión humano posee una finalidad que le es propia, es único e irrepetible y forma parte de un proceso con cambios cualitativos, que también se dan a nivel biológico con la característica de ser coordinados, continuos y graduales.

¹¹ CHOMALI, FERNANDO: " *El Estatuto del Embrión Humano*" Videoconferencia 15 Julio 2005. Instituto de Bioética. Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires.

Cada secuencia molecular y celular, marca una actividad intrínseca bajo el control del nuevo genoma humano, para un momento preciso en el marco de una coordinación programada para tal fin.

La unión de los gametos femenino y masculino, a través de sus pronúcleos, determinan que cada etapa jerarquiza la anterior, el proceso no se interrumpe; evidenciándose una continuidad que caracteriza al desarrollo embrionario. El embrión humano no es una persona en potencia, es un ser completo en función y estructura, teniendo sus capacidades potencialmente preparadas, para ser desplegadas a través de una gradualidad, que hace explícita una necesidad biológica, que necesita ser expresada.

3.3. Reflexión ética

La fecundación da comienzo a un itinerario sagrado que se mantiene inalterable en las distintas etapas de la vida, el embrión humano con su dotación genética y teleología propia marca una realidad ontológica, transformándolo en un ser privilegiado dentro de la creación.

Ser madre está unido a la estructura personal de la mujer, la experiencia de gestar un hijo desarrolla cambios funcionales mediados por hormonas, que afectan el cerebro de la mujer embarazada -vínculo de apego- preparándolo para estar atento a cualquier requerimiento del hijo, configuración que acompañará el vínculo madre-hijo en forma estable a lo largo de toda la vida.

Una comunicación materna-fetal se manifiesta en hallazgos científicos que señalan la presencia de células fetales en órganos de la madre, éstas son valoradas por la capacidad para regenerar y

rejuvenecer el cuerpo de la mujer y para la reparación del corazón en madres con cardiopatías.¹²

Desde los datos aportados por la ciencia no estamos en presencia de un ser en proceso de humanización, sino en presencia de un ser humano con sus potencialidades. Profundizar en la biología de la generación de un nuevo ser, significa comprender la absoluta unicidad y dignidad humana.

El interrogarnos desde el punto de vista moral es inherente a toda persona humana, y en la elección que realicemos participaremos o no de nuestro fin trascendente:

“El valor moral se evidencia en la vida humana porque el planteo del problema moral es ineludible para todo ser humano porque hace al ejercicio formal de su capacidad de razonar y de disponer de su libertad. ¿Cómo no preocuparme por mi vida y por el uso de mi libertad si de ese entretejido de elecciones y decisiones se juega lo más amado para la persona como es su destino, su fin y su plenitud?

La tarea existencial del hombre y el bien humano como persona estriba en el compromiso, la fidelidad y la responsabilidad con este camino recto a la felicidad que consiste en la plena realización, en la perfección de la persona humana como persona. Y así lo atestigua nuestra conciencia, pues haz el bien, evita el mal no

¹² LÓPEZ MORATALLA, NATALIA: Se entiende por microquimerismo, que los órganos de la madre contengan células procedentes del feto que ha gestado (de 2 a 6 células por mililitro). Se han encontrado células de feto varón convertidas en cardiomiocitos de la madre. Técnicamente, es fácil advertir este fenómeno al identificar en la mujer el cromosoma Y, exclusivo del varón.

Un informe de la Universidad de Navarra resume avances científicos relevantes, desconocidos para muchos investigadores no especializados y para la ciudadanía. Se expone de forma cronológica la evolución de las células madre: embrión tricelular (día 2), embrión con células madre pluripotenciales de las que derivan los más de 200 tipos de células maduras del cuerpo humano (día 5), inicio de la formación del sistema nervioso y el esbozo cardíaco (día 16), comienzo de la circulación sanguínea propia del embrión (día 20), el primer latido (día 21). *"El cerebro de la mujer embarazada libera la hormona de la confianza y desactiva la del estrés"* www.unav.es

es otra cosa en la praxis que un impulso a marchar sin abdicar del fin.”¹³

La Encíclica “*Caritas in Veritate*” señala que uno de los aspectos más destacados del desarrollo actual, es la importancia del tema del respeto a la vida. Esto en modo alguno, puede separarse de las cuestiones relacionadas con el desarrollo de los pueblos:

“La apertura a la vida está en el centro del verdadero desarrollo. Cuando una sociedad se encamina hacia la negación y la supresión de la vida, acaba por no encontrar la motivación y la energía necesaria para esforzarse en el servicio del verdadero bien del hombre. Si se pierde la sensibilidad personal y social para acoger una nueva vida, también se marchitan otras formas de acogida provechosas para la vida social. La acogida de la vida forja las energías morales y capacita para la ayuda recíproca. Fomentando la apertura a la vida, los pueblos ricos pueden comprender mejor las necesidades de los que son pobres, evitar el empleo de ingentes recursos económicos e intelectuales para satisfacer deseos egoístas entre los propios ciudadanos y promover, por el contrario, buenas actuaciones en la perspectiva de una producción moralmente sana y solidaria, en el respeto del derecho fundamental de cada pueblo y cada persona a la vida.” Benedicto XVI (Cf. C.V. 28)¹⁴

La Maternidad Subrogada fragmenta momentos importantes y significativos en la biología del inicio de vida:

¹³ DONADIO MAGGI DE GANDOLFI, M.: *Fundamentos Filosóficos de la Ética Biomédica*. Instituto de Ética Biomédica de la Fac. de Medicina de la UCA Santa María de los Buenos Aires. Clase Magíster Ética Biomédica. (2005-2007). p. 15 UCA

¹⁴ BENEDICTO XVI. *Caritas in veritate*. Carta Encíclica a los obispos, a los presbíteros y diáconos, a las personas consagradas, a todos los fieles laicos y a todos los hombres de buena voluntad sobre el Desarrollo Humano Integral en la Caridad y en la Verdad. Junio 2009. n: 28. www.vatican.va

3.3.1. Fertilización Artificial

El espermatozoide recién eyaculado no posee capacidad para fecundar, adquiere la misma, por el proceso de capacitación que se inicia en el testículo y epidídimo y se completa al atravesar la membrana pelúcida.

No permite la relación madre-hijo en las primeras etapas de gestación en las trompas uterinas: diálogo celular y tolerancia inmunológica por parte de la madre.

La aplicación de técnicas de alta complejidad, crea situaciones de alerta, no solo para la madre sino para el hijo “un análisis de la bibliografía a 2008 pone de manifiesto que existen datos que relacionan las ART con las gestaciones múltiples, anomalías congénitas, anormalidades hormonales y efectos epigenéticos. El riesgo absoluto es todavía bajo, pero no es insustancial. Deben ser dados a conocer los riesgos para la madre y los hijos antes de la decisión. Otras revisiones recientes analizan el riesgo de malformaciones congénitas, de defectos del desarrollo neurológico, salud física y psicosocial y riesgo de cáncer. Los principales factores de riesgo son las alteraciones que subyacen a la infertilidad, las técnicas mismas, la edad de la madre y especialmente están asociados a los embarazos múltiples y el bajo peso al nacer. Se abogan por el seguimiento de los niños hasta la adolescencia y la edad adulta y llaman de nuevo la atención a que no se realice la transferencia de más de un embrión.”¹⁵

3.3.2. Mujer que lleva adelante el embarazo

La maternidad subrogada “dejará huellas indelebles en la madre que gestó al hijo, perturbará la estructuración del cerebro

¹⁵ LÓPEZ MORATALLA: *Objeción de ciencia a técnicas de reproducción asistida*. 2009- arvo.net

maternal al interrumpir el vínculo materno-filial, no sólo por la ausencia de lactancia sino por la privación del “apego maternal” que es fundamento de la familia y consolidación de virtudes de solidaridad, desprendimiento y fraternidad necesaria para una sociedad más justa.”¹⁶

La mujer considera como objeto, en la mayoría de los casos condicionada por problemas económicos, termina siendo usada. Las cláusulas de los contratos revelan la obligatoriedad de exámenes médicos físicos y psíquicos, consumos de medicamentos, estudios ecográficos, posibilidad de aborto ante la existencia de una malformación, riguroso estilo de vida.

Experiencias de contratos, donde se lleva a cabo la práctica informan, que la mujer gestante y su marido son sometidos a exámenes físicos y psicológicos solicitados tanto a criterio del médico tratante, como a pedido de los padres genéticos, asimismo se renuncia a la confidencialidad de los resultados de estudios realizados, el aborto selectivo y el peligro de muerte en la mujer gestante forman parte de las cláusulas del contrato a considerar. Llegado a término el embarazo, el niño nacido debe ser entregado a los padres genéticos, renunciando a todo tipo de reclamo.

“El alquiler de vientre en India se ha tornado en una industria que genera casi 25.000 nacimientos por año y que se expande rápidamente, consolidando al país como un destino buscado en el llamado “turismo reproductivo”.

Las informaciones dan cuenta del creciente número de mujeres pobres que pueden llegar a cobrar entre 2000 y 3000 dólares por cada gestación, sobre todo en Gujarat, donde Anand se ha constituido como la capital global del alquiler de vientre. En este

¹⁶ CELORIA, GUILLERMO: *Proyecto de Reforma del Código Civil*. Libro II Título V. www.congreso.gov.ar

contexto, ha causado conmoción la muerte de Premila Vaghela, quien a los 30 años alquiló su vientre a una pareja de norteamericanos. En mayo de 2012 durante un chequeo Premila mostró complicaciones y los médicos le hicieron una cesárea de emergencia, pero no se recuperó. El niño nació con bajo peso (1.740 kgs) y la madre fue enviada a un hospital privado donde murió. Todavía no se ha pronunciado la policía sobre la autopsia de Premila. Por su parte, la mujer norteamericana que alquiló el cuerpo de Premila viajó a India y ya tomó contacto con el recién nacido.”¹⁷

3.3.3. El derecho del niño

Se vulnera el derecho a la identidad que se encuentra comprometido por el anonimato de los dadores de gametos. Asimismo, vulnera el artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño: 1. El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

Hay evidencia científica de los beneficios que proporciona la alimentación por lactancia materna, ella reduce la morbilidad y la mortalidad asociada generalmente a causas infecciosas, en esta situación el niño será privado de la misma.

Frente a proyectos que avalan la gestación por sustitución, se deben considerar las consecuencias que pueden surgir:

Quién protege y tutela los embriones no implantados. Ante un embarazo múltiple, existe la posibilidad de tener que recurrir a una reducción embrionaria.

¹⁷ Centro de Bioética. Persona y Familia. Documento de Trabajo. Serie: Proyecto del Código Civil 2012. *El Alquiler de Vientre, una forma de explotación de la mujer y cosificación del niño.*

Qué medida tomaría la pareja comitente, en el caso de embriones portadores de genes asociados con determinadas alteraciones cromosómicas.

“El diagnóstico preimplantatorio es una forma de diagnóstico prenatal, vinculada a las técnicas de fecundación artificial, que prevé el diagnóstico genético de los embriones formados in vitro, antes de su traslado al seno materno. Se efectúa con objeto de tener la seguridad de trasladar a la madre sólo embriones sin defectos o con un sexo determinado o con algunas cualidades particulares.”¹⁸

Qué marco legal ampara a los embriones criopreservados, estas técnicas los exponen a serios riesgos, en la actualidad se utiliza la técnica de vitrificación, que mediante un enfriamiento muy rápido en el cual se utiliza una solución altamente concentrada, evita la formación de cristales que lesionarían el material biológico.

3.3.4. Nuevo paradigma en el concepto de filiación

“El hijo no es un derecho sino un don. El “don [...] más excelente [...] del matrimonio” es una persona humana. El hijo no puede ser considerado como un objeto de propiedad, a lo que conduciría el reconocimiento de un pretendido “derecho al hijo”. A este respecto, sólo el hijo posee verdaderos derechos: el de “ser el fruto del acto específico del amor conyugal de sus padres, y tiene también el derecho a ser respetado como persona desde el momento de su concepción.”¹⁹

La donación entre el varón y la mujer enriquece la complementariedad en la sexualidad, la entrega suscitada es tan rica

¹⁸ Congregación para la Doctrina de la Fe. *Instrucción Dignitas Personae sobre algunas cuestiones de Bioética*. 8 de septiembre de 2008, n° 22. www.vatican.va

¹⁹ Catecismo de la Iglesia Católica n° 2378. www.vatican.va

y extrema que culmina en lo máximo que el hombre puede dar de sí una nueva persona humana.

Los esposos pueden ser ayudados, pero no sustituidos en esta tarea que es exclusiva y esencial, “en cuanto a la figura de la madre sustituta, que es la que lleva a término por encargo de terceros la gestación de uno o más embriones fecundados in vitro con óvulo y espermatozoides de personas que lo encargan, hay que decir que quiebra una vez más la unidad matrimonial, y crea entre el estado y la gestante (a partir de la relación biológica durante su desarrollo) una relación particular que luego es cortada en el momento del nacimiento.”²⁰

La maternidad subrogada posibilita nuevas formas de filiación e incorpora variantes de la fertilización artificial, considerándose además una forma de mercantilizar la filiación:

Incorporación de nuevas formas de filiación a las ya existentes:

. Filiación por naturaleza, por adopción, por vocación procreacional.

. Posibilidad a la fecundación postmortem. (a través de técnicas de fertilización artificial).

. Presencia de familia homoparental. (Parejas de un mismo sexo, por pedido de un varón o de una mujer que manifiestan el deseo de ser padres).

4. Conclusión:

“El matrimonio y la familia no son una construcción sociológica hecha al azar, fruto de situaciones históricas y económicas particulares. Por el contrario, el tema de la relación entre el hombre y

²⁰ MIGUEL ÁNGEL, *Manual de Bioética*. Ediciones Verbo Encarnado. 2006. Pág. 113

la mujer hunde sus raíces en lo más profundo del ser humano y solo puede encontrar allí su respuesta.”²¹

Cambios antropológicos y éticos han impactado en la sociedad actual, desvirtuando el concepto de procreación, el lenguaje del cuerpo expresado en el acto conyugal queda reducido al proceso biológico de reproducción, como necesidad a la que está llamada la especie.

Acompañar a las parejas en su deseo de ser padres, profesional y pastoralmente supone un desafío, es innegable este deseo genuino de ver proyectado el amor de la pareja en el futuro con la llegada de un hijo, pero es un deber informar que, de las técnicas de referencia, se derivan variantes que implican manipulación de material biológico y ponen en riesgo la vida del embrión.

Frente a este deseo, es necesario y urgente que los profesionales de salud, informen sobre los posibles efectos que pueden experimentar aquellas mujeres que se someten a una técnica de Fertilización Artificial y las posibles consecuencias para su hijo.

Un criterio científico biológico evidencia que la mujer embarazada experimenta desde el primer día, un diálogo a través de estructuras celulares enviadas por el embrión, avisándole que él ya está presente. El desarrollo de una tolerancia inmunológica da comienzo a un encuentro que genera una historia, en la cual la intimidad se profundiza, la madre reconoce que esa vida es distinta a ella, pero no es extraña.

La Universidad de Navarra dio a conocer los últimos avances científicos en el campo de la embriología y neurobiología haciendo referencia al vínculo afectivo en la gestación, señalando como células

²¹ LAFFITTE, JEAN: *"La Opción por la familia"* EDUCA. 2012.pág.77

fetales, obtenidas en órganos de la madre, tienen gran capacidad para regenerar y rejuvenecer el cuerpo de la mujer, estos estudios explican cómo el proceso biológico natural del embarazo reduce el estrés en la mujer, al desactivar la hormona cortisol, y aumenta la confianza, al liberar oxitocina. Esta transformación se suma a otros cambios hormonales del cerebro de la mujer a partir del día 15.²²

La Maternidad Subrogada nos pone en presencia de un nuevo paradigma..., una forma de esclavitud. La aprobación de esta práctica puede abrir caminos a la creación de instituciones que ofrezcan legalmente los servicios de gestación sustitutiva.

Una bioética centrada en la persona humana subraya la esencia y existencia de una unidad cuerpo-espíritu, una unidad que es un todo y no solo una parte de ese todo. La fundamentación científico-biológica confrontada con la antropología en el marco de una reflexión ética, permite considerar que valores hay que defender no sólo moralmente, sino también espiritualmente.

“Para el personalismo ontológicamente fundado, todo rostro humano, aun el del embrión, casi invisible, exige de nuestra parte un respeto absoluto. En la mirada de cada hombre, los cristianos reconocemos también la mirada de Quien no vino a ser servido sino a servir, Cristo Jesús, quien, con su encarnación, en cierto modo, se unió a todo hombre, y nos juzga por el amor que manifestamos a cada hombre y mujer: “Tuve hambre y me disteis de comer. Estuve enfermo y me visitasteis”(Mt 25,31 y ss.).

A nadie le resulta extraño que, en nuestra cultura, en este cambio de época que atravesamos, se dé una profunda ambigüedad

²² LÓPEZ MORATALLA, NATALIA: *El cerebro de la mujer embarazada libera la hormona de la confianza y desactiva la del estrés*. www.unav.es

de los logros técnicos. Por ello se hace urgente proponer dimensiones éticas a todo avance científico.”²³

Bibliografía

¿Cómo citar esta voz?

Sugerimos el siguiente modo de citar, que contiene los datos editoriales necesarios para la atribución de la obra a sus autores y su consulta, tal y como se encontraba en la red en el momento en que fue consultada:

BOLTON, RAQUEL, MATERNIDAD SUBROGADA, en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética, URL:

<http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/210-maternidad-subrogada>

²³ GARCÍA JOSÉ JUAN: *Posmodernidad y Cultura de la Vida. Bioética y Persona*. Educa 2008. Pág.151

CAPÍTULO II

FINAL DE LA VIDA CONSIDERACIONES ÉTICAS



El inicio y la experiencia de la propia finitud, forman parte de las preguntas sobre el sentido de la vida, profundizar este tema, lleva a considerar muchas veces la dimensión del sufrimiento como una amenaza, especialmente cuando se privilegia el placer y no se consideran a la enfermedad y la muerte como parte de la vida y momentos signados de aceptación y reconciliación con uno mismo.

Ser presencia vigilante al lado de los enfermos, desde la actividad médico –sanitaria, lleva implícito un encuentro entre una confianza en el marco del sufrimiento y la enfermedad y una conciencia que se hace cargo de la necesidad para asistirlos.

Cuando una patología es irreversible, afecta consideradamente la calidad de vida, necesitando el paciente una progresiva asistencia de las distintas dimensiones del cuidado y facilitando al enfermo vivir activamente el momento final.

Tutelar los derechos fundamentales y principalmente el derecho a la vida, nos lleva a considerar la intervención médica y biotecnológica como indicadores de la valoración ética, especialmente en los criterios generales de proporcionalidad en los cuidados.

Un tema sensible en el marco bioético lo constituye la licitud y sus aplicaciones terapéuticas, el derecho de la persona a estar informada sobre su salud y el deber de decir la verdad, se consideran fundamentales en la dimensión relacional.

Desproporción y obstinación terapéutica

1. Valoración ética en la Proporcionalidad en los cuidados.

1.1. Consideración de lo éticamente adecuado.

1.2. Medio de conservación de la vida desproporcionado.
Consideración Ética.

2. Cuando lo desproporcionado... se transforma en una obstinación terapéutica.

2.1. Enfermo en etapa terminal de su enfermedad. Amenazas y Temores.

2.2. Diferencia entre enfermo crítico y enfermo en estado terminal.

Consideraciones éticas.

3. Veracidad e Integridad como Principios Bioéticos.

3.1. Veracidad

3.2. Integridad

4. Cuando una necesidad biológica... se transforma en acto médico.

Diversos debates preocupan a la cultura contemporánea, el significado del morir y el deber moral de aceptarlo, preguntas acerca de los avances biotecnológicos respecto a si ellos son moralmente obligatorios, la consideración de una medicalización de la muerte y las afirmaciones...quiero vivir o morir de otra manera.

La Desproporción y Obstinación Terapéutica, es un trabajo que teniendo en cuenta una revisión bibliográfica, analizará la temática presentada, centrando su mirada en cuatro ejes a considerar:

Reflexionar sobre la Proporcionalidad en los cuidados.

Adentrarnos en el concepto de Desproporcionalidad y Obstinación Terapéutica desde una conceptualización ética.

Profundizar el concepto de Veracidad e Integridad de la persona humana como Principios Bioéticos.

Considerar la Alimentación e Hidratación como un acto médico, en determinadas situaciones clínicas.

Utilizar los recursos sanitarios humanos y técnicos mirando un rostro sufriente como una realidad biográfica y biológica, nos permite concentrar nuestra praxis médica en una reflexión científica, considerada desde una conceptualización ética.

El sufrimiento toca la naturaleza de la persona y la pregunta ¿por qué a mí? es inevitable, la experiencia del dolor y el sufrimiento que acompañan a la enfermedad y la atraviesa, coloca al paciente en una situación límite.

Se define al dolor como una sensación desagradable y una experiencia emocional, asociadas con una lesión tisular, actual o potencial o descrita en términos de dicha lesión.¹

El sufrimiento es considerado como una experiencia ante el dolor, que interrumpe la continuidad vital desafiando la totalidad unificada de la persona y la atraviesa con afectación de la dimensión espiritual y social.

Desde un diagnóstico objetivo e intervención científico-técnica se lo clasifica, demostrando una fisiopatología, localización y seguimiento farmacológico... el dolor se oculta en el sufrimiento.

La relación que se establece entre el médico y el paciente es la esencia misma de la medicina y ésta sólo puede cumplirse en el interior de esta relación. El médico es tal, en relación con otra persona que está enferma y con necesidad de ser aliviada y consolada en su padecimiento.

¹ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

“Según la magistral obra de Laín Entralgo, la relación entre el médico y el enfermo se caracterizaba principalmente por una *philia*, es decir una amistad particular fundada en el amor a la perfección de la naturaleza, por ejemplo: del hombre, y al arte, en cuanto éste es el recurso capaz de proporcionar perfección. Esta peculiar amistad no poseería un carácter «técnico» sino que se manifiesta, ante todo, en un conocer. Un médico que no supiera el «qué» y el «por qué» de lo que hace, no sería un técnico. Estas actitudes del médico, en el sentido de estar movido por un amor a la naturaleza y al arte, se concretaron en dos principios: primero, «no hacer daño», y segundo, abstenerse de intervenir en aquellos enfermos en los cuales todo hace pensar que están cerca de la muerte.”²

La relación médico-paciente revela su naturaleza ética por haber puesto en el centro a la persona, la medicina debe alcanzarla en su unidad sustancial corpóreo-espiritual respetando su inviolabilidad. Esta relación lleva implícito el mensaje de la comunicación, los gestos, el mirarse... el escucharse, como valor fundante de esta comunicación.

Escuchar no es lo mismo que oír, no sólo se distinguen sonidos, se interpreta lo escuchado y se le da sentido a lo que se comparte, es la relación entre una conciencia y una confianza.

“El momento técnico y el ético son dos dimensiones que integran la praxis médica, y el médico que actúa de este modo no agrega nada a su profesión; simplemente vive su verdadero significado, su significado plenamente humano”³

² ANHÉLESE DÖRR A.: *Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica*. Revista médica de Chile, versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v.132 n.11 Santiago. 2004.

³ CAMORETTO NUNZIATA *La Centralidad de la Persona en la Praxis Médica*. Bioética y Persona. EDUCA. 2008, pág. 80.

El juramento hipocrático no es una simple fórmula retórica, es un compromiso que asumimos en relación a la calidad de la relación terapéutica y su capacidad de acompañamiento, reavivando en los profesionales de la salud la necesidad de custodiar la vida humana y su integridad, haciendo el bien y ese bien...bien hecho.

1. Valoración ética en la Proporcionalidad en los cuidados.

El profesional de la salud no sólo debe ser competente desde lo técnico y científico, sino demostrar competencia desde lo ético y antropológico, ya que el ejercicio de la medicina tiene acto en un hombre que trasciende, único e intransferible que posee el valor de la dignidad humana.

El considerar a un paciente en su enfermedad, supone determinar que tratamiento resultaría proporcionado en una situación clínica concreta, iluminada por principios morales y contenidos científicos en el marco sobre lo que se está haciendo, se omite y debiera hacerse.

En este contexto la díada proporcionado-desproporcionado adquiere sentido y es necesaria para indicar lo adecuado o no frente a situaciones dilemáticas que surjan, en el empleo de medios de conservación de la vida.

Un estudio que destaca las exigencias clínicas ligadas a las intervenciones médicas y su reflexión moral, ha sido desarrollado por el Prof. Mauricio Calípari⁴ que individualiza la proporcionalidad/desproporcionalidad de una intervención médica y la ordinariedad/extraordinariedad desde la subjetividad del paciente en esa misma intervención.

⁴ CALÍPARI MAURIZIO: *Curarse y Hacerse Curar. Sobre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*. EDUCA 2007.

Siguiendo el pensamiento del autor se propone una evaluación ética en consideración al uso en situación de un medio de conservación de la vida, ya que los objetos en sí mismos no tienen cualidad ética, sólo los actos humanos que intervienen, los tienen.

Una intervención médica es proporcionada hasta el momento que se demuestra su capacidad para alcanzar un determinado objetivo de salud o del empleo de un soporte vital. Esta valoración objetiva, no está afectada por la subjetividad del enfermo, su naturaleza es objetiva porque puede ser medida de acuerdo a estándares y su valoración es específica... es para un paciente, pero no puede ser para otro.

Desde una mirada técnico- médica esta valoración debe ser monitoreada por el médico tratante y su equipo, teniendo en cuenta:

Disponibilidad del medio.

Uso adecuado del mismo.

Eficacia médica real.

Consideración de efectos colaterales.

Valoración de riesgos por el uso del medio a utilizar.

Posibilidad de trabajar con alternativas terapéuticas de eficacia.

Cuantificación de recursos sanitarios necesarios en la implementación del medio.

Los aspectos subjetivos desde la perspectiva del paciente, permiten considerar los conceptos de ordinariedad y extraordinariedad respecto a los medios de conservación, señalando como ordinario, aquel medio que tiene posibilidad de realización, con razonable esperanza de beneficio para el paciente en una situación clínica precisa.

Cada ser humano es una realidad única y un medio puede revestir signos de ordinariedad para una situación clínica, pero podría no serlo para otra diferente o bien para otros pacientes en la misma situación clínica.

La vida es un bien fundamental y el conservarla se transforma en un hecho ordinario, en este marco de subjetividad un elemento de “extraordinariedad” puede presentar cierta imposibilidad para su empleo, tanto desde lo físico como desde su consideración moral. La condición de extraordinariedad se da en una situación precisa, para un determinado paciente y basada en circunstancias específicas.

Extraordinario se considera a todo aquello que es excesivo y gravoso y el paciente lo vive como una carga pesada, manifestando una cierta imposibilidad física y moral para el empleo del medio, se cita a continuación a modo de ejemplo:

Un esfuerzo excesivo para implementar el medio.

Un dolor físico difícil de ser controlado.

Costos económicos no sólo para el paciente sino para el grupo familiar.

Miedo o repugnancia hacia el medio empleado.

Deben considerarse asimismo medios que pueden influir en juicio de extraordinariedad, aunque no representen para el paciente una causa de imposibilidad para su empleo.

“una probabilidad razonablemente alta de que ocurran graves riesgos para la vida o salud del paciente, ligados al uso del medio, evaluados por él mismo en relación con la gravedad de su condición clínica actual; un bajo índice de “eficacia global” del medio, en relación con los beneficios razonablemente esperados por el paciente, evaluados según la escala axiológica adoptada por él; la persistencia, luego del uso del medio, de condiciones clínicas tales

como para impedir al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves e impostergables.”⁵

1.1. Consideración de lo éticamente adecuado.

Profundizando en el conocimiento sobre lo “éticamente adecuado”, nos adentramos en el deber moral respecto al empleo de cualquier medio de conservación de la vida, de acuerdo a tres situaciones morales:

- . Obligatoriedad
- . Facultatividad
- . Ilícitud

No hay dudas que un medio adecuadamente proporcionado a una situación clínica concreta se reviste de obligatoriedad y en algunas oportunidades adquiere características de facultativo, cuando el mismo implica al menos un elemento extraordinario para el paciente, siendo él quien debe optar libremente por el mismo.

No todo lo que la tecnología pueda ofrecer a la ciencia, puede considerarse moralmente admisible y con notas de obligatoriedad. Un acto que vulnera los derechos fundamentales de la persona, su integridad y dignidad, debe ser considerado ilícito en el marco de la ejecución.

En la evaluación y elección de medios de intervención el médico tiene el derecho/deber de conservar plena autonomía de conciencia, tanto en el plano ético como en el profesional. ⁶

En caso de desacuerdo entre el paciente, familia y médico, respecto a un medio de conservación de la vida, el profesional de

⁵ CALÍPARI, MAURICIO. *Ibidem*. Pág. 205.

⁶ CALÍPARI MAURIZIO. *Ibidem*. Pág. 215

salud obedeciendo a una objeción de conciencia, puede interrumpir la relación médica instaurada previamente.

1.2. Medio de conservación de la vida desproporcionado.

Consideración Ética

Cuando un medio resulta “desproporcionado” desde lo técnico-médico, pueden darse tres posibilidades determinando la ilicitud en su uso:

- . Una intervención que produce un beneficio insuficiente para superar los efectos colaterales nocivos.

- . Un medio de conservación de vida sin beneficios.

- . El medio empleado se demuestra nocivo para la salud.

- . Un medio desproporcionado objetivamente benéfico, pero de modo insuficiente, puede ser considerado moralmente lícito para la atención del paciente, cuando significa la única manera que él tiene para cumplir un deber moral impostergable, asimismo se señala la obligación ética de recurrir al medio en base a la evaluación del paciente y la facultativa de su empleo, considerando la extraordinariedad para su aplicación.

Los empleos de fármacos analgésicos pueden llegar a producir disminución de la conciencia y de la libertad del paciente, estas intervenciones son éticamente legítimas, porque la acción directa que se persigue, es el control del dolor dado en una necesidad clínica específica.

Se entiende por tratamiento fútil, aquel cuya aplicación produciría efectos perjudiciales y razonablemente desproporcionados al beneficio esperado por el paciente o en relación a las condiciones familiares, económicas y sociales.

Los profesionales de salud una vez convencidos de la futilidad de un tratamiento, tienen el deber ético de no aplicarlo, si ello conlleva a la prolongación de la agonía del paciente.

2. Cuando lo desproporcionado...

Se transforma en una Obstinación Terapéutica.

Definimos Obstinación Terapéutica, también llamada encarnizamiento terapéutico, limitación del esfuerzo terapéutico, medicalización de la muerte o distanasia, a la ejecución de prácticas diagnósticas y/o terapéuticas, que no benefician al enfermo en la etapa final de su enfermedad, llegando las mismas a provocar sufrimiento y situaciones gravosas también extensivas a su familia.

Básicamente, los factores causales de la conducta distanásica u obstinación terapéutica pueden considerarse a través de:

1. Convencimiento acrítico de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar, al margen de consideraciones sobre la calidad de esa vida y que, a tal fin, deben utilizarse todas las posibilidades que la técnica ofrece.

2. Adopción de medidas terapéuticas que contemplan más los aspectos científicos de la enfermedad que al enfermo, afectado de un proceso irreversible.

3. Ignorancia o desprecio del derecho del paciente o de sus representantes legales o familiares en su nombre a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos que prolonguen el sufrimiento del enfermo crítico o la agonía del paciente terminal.

4. Angustia del médico ante el fracaso terapéutico y resistencia a aceptar la muerte del paciente. La dificultad del pronóstico, la experiencia del médico, las circunstancias del paciente (edad,

prestigio, responsabilidad familiar, social o política, etc.), pueden alimentar por tiempo excesivo la ilusión de que la evolución del proceso que lleva a la muerte se detendrá o cambiará de sentido, mejorando el pronóstico.⁷

No todos los medios de conservación que prolongan la vida resultan beneficiosos para el paciente, no debe iniciarse o continuarse una medida terapéutica que esté privada de sentido de acuerdo con los criterios médicos más aceptados

La justificación ética de no inicio o retiro de tratamiento obedece cuando hay a un proceso avanzado de enfermedad, cuando no hay probabilidad de beneficio y teniendo en cuenta que intentarlo nuevamente, significaría reducir la calidad de vida del paciente.

Como predisponentes de Obstinación Terapéutica, se debe señalar la exigencia de los familiares en la petición de que se haga todo lo posible para salvar la vida del paciente, los sentimientos y emociones pueden interferir mínimamente en la asistencia del enfermo.

“Es un hecho que ante un paciente terminal el médico está más inclinado a la actividad que a la inactividad. Un no actuar es interpretado como la confesión de impotencia, mientras que una acción manifiesta una esperanza aún no desvanecida. En estos casos la acción no necesita ninguna justificación especial, siempre que esté dentro del espectro de las posibles terapias previstas en la práctica médica, es decir sea legueartes; en cambio una omisión reclama siempre una justificación: ¿Doctor, por qué no hace nada?, ¿no podríamos hacer un nuevo intento?”.⁸

⁷ El Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión plenaria de 28 de junio de 2005 sobre Obstinación Terapéutica.

⁸ Jornada de Actualización en Bioética, Universidad de Navarra, 23-V-200, pág. 2-3.

Es muy importante en este aspecto que el médico desde bases profesionales, acompañe a la familia del enfermo a través de instrucciones cuidadosas, en el marco de plena veracidad. Una buena comunicación entre el equipo asistencial y la familia, puede llegar a acompañar la racionalidad del tratamiento y ayudar a transitar el proceso doloroso.

La Declaración de Venecia de la Asamblea Médica Mundial sobre la enfermedad terminal en octubre de 1983 y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica en octubre 2006, señala en uno de sus textos el deber del médico de curar cuando sea posible, aliviando el sufrimiento y protegiendo los intereses de sus pacientes. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de una enfermedad incurable.

Respecto a pacientes terminales, las principales responsabilidades del médico son ayudar al paciente a mantener una calidad de vida óptima y controlar los síntomas satisfaciendo las necesidades psicológicas y permitiendo que el paciente muera con dignidad y tranquilidad. Informando asimismo acerca de la disponibilidad, los beneficios y efectos potenciales de los cuidados paliativos.⁹

La presencia de cuidados paliativos aporta una ayuda muy valiosa a los enfermos en la etapa final de la vida, su misión es acompañar integralmente al enfermo y aliviar su sufrimiento. Considerar al paciente en forma integral, permite cubrir las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales desde la competencia de un equipo interdisciplinar que acompaña una trascendencia personal.

⁹ Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

2.1. Enfermo en etapa terminal de su enfermedad. Amenazas y Temores.

La enfermedad en su etapa terminal nos enfrenta, por un lado a la presencia de una biotecnología que hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, prolongando la vida y retrasando el momento de la muerte; pero también nos presenta la realidad de algunas situaciones clínicas, que ignoran la calidad de vida de los enfermos, que muestran la soledad que acompaña sus vidas, el sufrimiento de sus familiares y el desgaste a que se ven sometidos en algunas oportunidades, el personal sanitario que los asiste.

El Consejo de Europa, en su recomendación 1418 - Debate de la Asamblea del 25 de junio de 1999 (24ª Sesión) sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos, insta a los Estados miembros a que su Derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre:

I. El morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.).

II. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.

III. El morir en el aislamiento social y la degeneración.

IV. El morir bajo el temor de ser una carga social.

V. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.

VI. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

Se insiste en la protección del derecho de estos enfermos a los cuidados paliativos integrales, estando atento a que la persona en fase terminal o moribunda reciba un adecuado tratamiento del dolor, garantizando que al menos los grandes hospitales cuenten con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios.

Respetar la dignidad humana significa también, dar información veraz y completa, proporcionada con compasión, respetando el deseo del paciente a no ser informado y asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico, recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda.

2.2. Diferencia entre enfermo crítico y enfermo en estado terminal. Consideraciones éticas.

El Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios

Aprobada por la Congregación para la Doctrina de la Fe se refiere a la muerte con dignidad, haciendo referencia en un enfermo en etapa terminal como el "derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana".

La medicina moderna dispone de medios, con capacidad de retardar artificialmente la muerte sin que el paciente reciba un real beneficio. Simplemente se le mantiene en vida o se logra prorrogar por algún tiempo la vida, a precio de ulteriores y duros sufrimientos.

Definir a un paciente crítico es presentar un enfermo con grave riesgo de vida, pero con posibilidades de recuperación, mediante terapias de cuidados especiales y tecnología de alta complejidad, en general en una unidad de Cuidados Intensivos.

Referirnos a un paciente en etapa terminal, supone un daño irreversible, el cual lo conducirá a la muerte en breve tiempo.

Deberá tenerse en cuenta la diferencia que existe entre:

- a) Paciente incurable.
- b) Paciente incurable en estado crítico.
- c) Paciente incurable en estado terminal.

El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina define respecto al paciente en etapa terminal, la aplicación de medidas que permitan una muerte digna sin que se justifiquen procedimientos que prolonguen el sufrimiento.

Comparte asimismo que la exigencia de conducta médica ética, significa evitar la insistencia o ensañamiento terapéutico en una situación de vida irrecuperable. Señalando asimismo la necesidad de recordar que no existiría una diferencia de responsabilidad moral individual, así como operacional, entre “actuar” y “dejar de actuar” y que la autorización primaria para una u otra conducta proviene del paciente y su derecho al ejercicio de la autonomía que le es inherente.

Respecto a la abstención o retiro de los medios de soporte vital, el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina destaca que no significará bajo ningún concepto privar al paciente de las medidas que le provean confort físico, psíquico y espiritual, trasladándolo si fuera necesario, al área de cuidados paliativos. Si ocurrieran opiniones contrarias entre el equipo médico y los familiares, será éticamente apropiado que se adopten algunas de las siguientes posibilidades:

1. Consultando con otro médico propuesto por la familia.
2. Consulta con el Comité de Ética Institucional.

3. Traslado del paciente a otra Institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia y solicitud por el equipo médico de intervención judicial.¹⁰

Como reflexión final, se destaca que el servicio a la vida lleva implícito un mensaje ligado a la fidelidad de la ley moral; para el médico y equipo de salud interrogarse sobre el tratamiento y cuidado a los enfermos, obedece a la responsabilidad ética fundada en la dignidad y derecho del enfermo.

Esta responsabilidad no exige la ejecución de todo medio de conservación de la vida sea como fuere; puede requerir en situaciones concretas la renuncia a ellos, la medicalización de la muerte debiera evitarse en el marco de una integridad y dignidad humana.

Vivir el sufrimiento y tener conciencia de la propia fragilidad ayudaran al enfermo a transitar intensamente la etapa terminal de su enfermedad, los profesionales de la salud están llamados a acompañar este momento profundamente humano, en forma cualificada.

3. Veracidad e Integridad como Principios Bioéticos

3.1. Veracidad.

La veracidad implica respetar a los demás y se fiel al derecho que tiene un enfermo a estar informado sobre su propio estado de salud, los profesionales de la salud deben transmitir información y documentación clínica respetando la dignidad y autonomía del paciente.

¹⁰ *Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina*. 2ª edición 2012. Pág. 129.

“La verdad es la que establece el fundamento del bien: verum et bonum sunt ídem, la verdad y el bien son lo mismo. Esto significa también que el primer acto bueno que se pueda y se debe hacer es el de la búsqueda de la verdad objetiva y del fundamento objetivo del bien.”¹¹

El filósofo contemporáneo G. J. Wernicke, incluye la veracidad como principio independiente (y una virtud) entre los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Tres argumentos justifican la obligación de la veracidad:

Se basa fundamentalmente en el respeto a los demás y la autonomía necesaria para la información y el consentimiento, éste no puede expresar autonomía si no es informado; por lo tanto, el consentimiento válido depende de la veracidad de la comunicación.

La obligación de veracidad tiene conexión con la fidelidad y mantenimiento de las promesas. El paciente en una iniciación de terapia o investigación, entra en un contrato, el derecho a la verdad está presente en relación con el diagnóstico, pronóstico, procedimientos, así como el profesional debe recibirlo de sus pacientes y de los sujetos en el marco de una información veraz.

Las relaciones se basan en la confianza y la veracidad, la mentira y la revelación de la información inadecuada, muestran falta de respeto y violan los contratos implícitos amenazando las relaciones de confianza.¹²

Respetar la autonomía del paciente y su autodeterminación, revelan el respeto por la persona humana como valor fundamental, jurídicamente protegido.

¹¹ SGRECCIA ELIO: *Manual de Bioética*. Edit. Diana 1996. Pág.146.

¹² BEAUCHAMP TOM L, CHILDRESS JAMES F.1999. *Principios de Ética Biomédica*. Masson, S.A. Pág. 380.

El ser humano decide a través de su conciencia y su libertad; en el caso de una patología que las comprometan, la misión de la actividad médica es pensar en el bienestar del paciente y la consideración de su integridad como valor fundante.

Decir la verdad es un deber y promueve la confianza y la comunicación, siendo necesario el conocimiento de la situación clínica, para que el paciente pueda hacer uso de su autonomía respecto a consentir un determinado tratamiento y llegado el momento a manifestar su voluntad en forma explícita, mediante directivas anticipadas.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sancionó el 9 de mayo de 2012 la ley 26742, llamada Ley de “muerte digna” la misma introduce algunas modificaciones a la ley 26529, centradas en la:

- . Autonomía de la voluntad
- . Consentimiento informado
- . Obligatoriedad
- . Revocabilidad
- . Directivas anticipadas

La ley reconoce el derecho que tiene el paciente a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Asimismo, señala que quien presentara una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en una etapa terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o

desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

Los procedimientos de hidratación o alimentación pueden ser rechazados cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Respecto al Consentimiento Informado y la Obligatoriedad... se detalla que toda actuación profesional en el ámbito médico sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

El texto de la Ley menciona que toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud,

habilitándolo a consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las mismas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.¹³

El Nuevo Código Civil Argentino, en su art. 26, dispone respecto a los adolescentes y sus decisiones:

“Artículo 26: Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

La persona como ser autónomo y con capacidad de decisión debe conocer el diagnóstico, tratamiento y posibles riesgos que

¹³ El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sancionó el 9 de mayo de 2012 la ley 26742, llamada Ley de “muerte digna”.

puede producir su enfermedad, es el médico quién debe informarle y al mismo tiempo respetarlo en su decisión.

El Nuevo Código Civil Argentino, en su Artículo 59 afirma:

El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:

a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.

Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico

puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

Planificar anticipadamente los cuidados de salud antes de que llegue el momento de una posible enfermedad resulta valioso, ya que las personas pueden expresar su voluntad en forma explícita, sobre qué cuidados quieren recibir.

El Nuevo Código Argentino señala al respecto:

Art. 60: La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”

El paciente para deliberar y decidir necesita información y que esta sea verdadera, merece una consideración ética especial, el modo de decir la verdad, el momento y el lugar... “sólo al conocer la verdad de su situación, podrá dar respuesta a sus necesidades concretas, a aquello que hasta ahora ha postergado y a recomponer lazos rotos.”¹⁴

Una consideración desde una ética del cuidado permite definir las siguientes condiciones para decir la verdad:

1. Necesidad de información, qué sabe y qué quiere saber el paciente.
2. Empatía y Compasión, necesarias como condición para la verdad.
3. Adaptación al nivel socio-cultural y lingüístico del paciente.

¹⁴ PASSO ELENA: *Ser Uno en el Dolor*. 2ª Edit. Santa María 2014. Pág.40.

4. Privacidad.

5. Observar la virtud de la paciencia. Otorgar al paciente el tiempo necesario para que el paciente comprenda la información, realice preguntas y comentarios.

6. Evitar matizar la verdad o el modo de comunicarla con los estados de ánimo o preferencias personales del paciente.

7. Admitir con humildad lo que aún no se sabe sobre: condición y evolución de la patología, reconocer las limitaciones de la medicina en sí o en su estado actual ante el diagnóstico, terapia y pronóstico.¹⁵

3.2. Integridad.

La enfermedad fractura la integridad (del latín *integre*, totalidad) de la persona, etimológicamente integridad se refiere a unidad intacta, supone además honestidad y rectitud, teniendo implicancias éticas, axiológicas y psicofísicas.

Una mirada ontológica lleva a individualizar la integridad e identidad, como componentes esenciales; un cuerpo enfermo no debe ser tratado como objeto, pertenece a alguien que merece respeto y se encuentra vulnerable ante una determinada situación.

Este concepto hace referencia a la corporeidad humana, resultante de partes distintas unificadas orgánica y jerárquicamente, en estrecha relación con la autonomía y dignidad humana. La existencia humana lleva implícito el “ser con” otros y tiene su significado y expresión de lenguaje como persona, en la comunión con los otros.

Ella forma parte de la naturaleza de la persona humana, virtud como disposición estable positiva puesta al servicio del bien, esa

¹⁵ LUGO ELENA: *Introducción a la Bioética Clínica*. Edit. Ágape. 2010. Pág. 116-117.

barataba, supone también la autonomía y la falta de ella impide al hombre actuar en forma completa.

Toda relación médico-paciente debe considerar como centro la riqueza ontológica de la persona expresada en su dignidad y perfección operacional, el ser en acto unifica el uso de razón, la libertad y la responsabilidad moral; por lo tanto, resulta claro comprender que la esencia ética de la medicina surja con la centralidad en la persona humana.

Hablar de una persona íntegra hace mención a un ser virtuoso, alguien que juzgará prudentemente su acto realizando lo que es bueno... “Pelegriño analizó muy bien los dos significados que en ética médica tiene la palabra integridad. El primero se refiere a la integridad de la persona, del paciente y del médico. El otro significado hace referencia a una persona con integridad. El primero es algo que pertenece a cada ser humano en virtud de serlo. El segundo sentido se refiere a la integridad como virtud, es decir, como un hábito moral adquirido por su práctica constante.”¹⁶

Profundizar en el significado de integridad conduce a las dimensiones fisiológica, psicológica, relacional y espiritual del ser, dimensiones que en armonía contribuyen al bien ser y al buen funcionamiento de la totalidad del organismo.

En la integridad no hay saltos ni grados, no se pierde, es parte del ser y la enfermedad supone una desintegración, fractura esta unidad pudiendo afectar la integridad funcional, psicológica, comprometiendo asimismo la dimensión espiritual y axiológica.

“La curación significa la devolución de la integridad. Este es el objetivo del cuidado médico y un compromiso inherente en la relación médico-paciente. Para ser leal a este pacto, el médico está

¹⁶ GÓMEZ RODRÍGUEZ RAFAEL ÁNGEL: *Integridad. Cuadernos de Bioética*. XXV/2014/1ª. Pág. 125.

obligado al intento de remediar esa desintegración, incluyendo las dimensiones psicológicas y físicas. Por tanto, es igualmente importante la obligación de preservar los valores de la persona, que de alguna manera la hacen única. No respetar sus valores agravaría la desintegración de la persona ya existente por la propia enfermedad”¹⁷

La ética de la atención médica lleva implícita la mirada de la dimensión relacional del cuidado médico, el profesional de la salud deberá asumir el mejor interés de la realidad de su paciente- biológica y biográfica- una integridad confiada a su responsabilidad profesional.

La integridad tiene dos sentidos en una ética aplicada a la medicina, como integridad del paciente y el médico desde el derecho moral y ser una persona íntegra como virtud en cuanto a su accionar humano: “Los principios de intimidad, autonomía y respeto a la persona son necesarios, pero no totalmente suficientes para preservar la integridad de la misma”.¹⁸

El ocuparse y aliviar el sufrimiento humano supone no sólo poseer conocimientos científicos y técnicos, sino también una mirada antropológica y ética que planifique el mayor bien al enfermo.

Ante esta realidad surge la necesidad de replantearse objetivos en la formación profesional, facilitando el diálogo, privilegiando la escucha y la empatía entre el paciente, el profesional de la salud y la familia, dando paso a una medicina centrada en la integridad de la persona.

¹⁷ GÓMEZ RODRÍGUEZ RAFAEL ÁNGEL. *Ibidem*

¹⁸ TINANT EDUARDO L.: *Educación médica en el final de la vida reflexiones sobre la dignidad y la integridad de la persona*. Boletín del consejo académico de ética en medicina. ISSN. 1666-518 x/año 7/junio 2010.

4. Cuando una necesidad biológica se transforma en acto médico.

Un tema que forma parte de la agenda bioética de los últimos tiempos es la obligación de la alimentación e hidratación de los enfermos en la etapa terminal de su vida.

Cabe señalar que alimentarse e hidratarse es una función que el hombre exige por su misma naturaleza, es existencial a su condicional racional y moralmente obligatorio proporcionarlo y también realizarlo con aquel que no puede ejecutarlo por sí mismo... “Hay autores que afirman que, si el paciente no puede alimentarse por sus propios medios, debe ponerse en marcha un procedimiento médico tal como la instauración de una sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía y, en el caso de no ser posible la vía digestiva, la alimentación artificial por vía parenteral.”¹⁹

En el acto médico se formaliza la relación médico-paciente, se articula entre dos personas: el enfermo que acude a la consulta y el médico que con su capacidad profesional intenta curar y rehabilitar al paciente.

El acto médico distingue cuatro características:

- . Profesionalidad
- . Ejecución típica
- . Objetivo de curación o rehabilitación
- . Licitud²⁰

Una alimentación artificial requiere el consentimiento del paciente o de sus familiares o representantes si éste no pudiera darlo,

¹⁹ MARTÍNEZ HORTELANO J. E. Y COLS.: *Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal*. Nutr. Hosp. (2002) XVII (6) 279-283 ISSN 0212-1611 · CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. Pág. 280.

²⁰ GUZMÁN FERNANDO Y COLS.: *El acto médico. Implicaciones éticas y legales*

hay que tener en cuenta que determinados procedimientos implican riesgos y pueden llegar a ser desproporcionada su implementación. A modo de ejemplo se detalla:

“1. Cuando hay afectación de tubo digestivo por enfermedades que cursan con mal absorción o mal digestión.

2. Cuando el trastorno es irreversible y el paciente o la familia solicita la interrupción del tratamiento.

3. Cuando las desventajas sean desproporcionadas respecto a los beneficios, como ocurre en pacientes en situación de enfermedad terminal, en los que esta técnica prolonga el sufrimiento y la agonía ("encarnizamiento terapéutico")

4. Cuando el paciente lo percibe como dolor o afecte a su dignidad y espacio personal.”²¹

Es el médico y el equipo que asiste al enfermo quién tendrá a su cargo la valoración beneficio-riesgo, restringir o cancelar medidas que se perciban como desproporcionadas y la continuación de alimentación de manera artificial realizando el seguimiento terapéutico luego de su implementación.

La alimentación e hidratación como necesidad biológica es un principio ordinario, proporcionado y moralmente obligatorio y realizarlo es necesario para el sostenimiento de la vida.

El proporcionar sustancias para el organismo forma parte de los cuidados mínimos y normales que un paciente debe tener en consideración a una necesidad biológica, que ante determinadas situaciones clínicas se transforman en acto médico por la intervención del profesional de la salud.

²¹ MARTÍNEZ HORTELANO J. E. Y COLS.: *Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal*. Nutr. Hosp. (2002) XVII (6) 279-283 ISSN 0212-1611 · CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. Pág. 280.

Cuando el proceso natural de morir avanza, el enfermo en estado terminal en forma consciente puede rechazar ser alimentado e hidratado solicitando únicamente la presencia de familiares y amigos para acompañar este último momento, es necesaria la mirada compasiva del médico para comprender que esa necesidad biológica ya no cumple su finalidad propia.

Bibliografía:

¿Cómo citar esta voz?

Sugerimos el siguiente modo de citar, que contiene los datos editoriales necesarios para la atribución de la obra a sus autores y su consulta, tal y como se encontraba en la red en el momento en que fue consultada:

BOLTON, RAQUEL, DESPROPORCIÓN Y OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA, en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética, <http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/287-desproporcion-y-obstinacion-terapeutica>

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO I

SEXUALIDAD E IDENTIDAD DE GÉNERO DESDE UNA MIRADA BIOÉTICA



Diversos temas preocupan a la cultura contemporánea, el relativismo, el menosprecio de la vida, comportamientos que relativizan el concepto del matrimonio y de la familia. En este contexto surgen también diversas formas de ideologías que niegan la diferencia y la complementariedad natural del hombre y de la mujer, con una mirada sociológica que pone énfasis en la libertad individual.

Sexualidad e Identidad de Género desde una mirada bioética, es un trabajo que teniendo en cuenta una revisión bibliográfica y una reflexión antropológica-ética, analizará la temática presentada, profundizando en tres ejes a considerar:

- . Fundamentación Biológica de la Sexualidad.
- . El Género como Construcción Social.
- . Valoración Antropológica-Ética desde una conceptualización ecológica.

1. Biología en la diferenciación cromosómica

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

La sexualidad se manifiesta en la totalidad del ser humano, considerando factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Desde lo biológico el conocimiento del genoma humano permite entender una continuidad genética existente en el núcleo del cigoto, completada en la fecundación y que permanecerá invariable en todas y cada una de las células desde el inicio hasta la

etapa final de un individuo, como expresión de una continuidad biológica.

El 100% de las gametas femeninas tienen cromosoma X, mientras que las masculinas tienen 50 % de cromosoma X y 50% de cromosoma Y.

En función del espermatozoide, se producirá un cigoto cuyo par sexual será XX en la mujer o XY en el varón. Ambos gametos haploides al unirse restituyen los 46 cromosomas característicos de la especie humana.

La diferenciación gonadal, iniciada en la 4ª semana de gestación se completa hacia la semana 8ª en el varón y un poco después en la mujer debido a diferentes tiempos en el desarrollo.

El gameto masculino como el femenino son dos sistemas autónomos, ordenados el uno al otro. En el ovario hay folículos o nidos de células, en cuyo interior maduran los óvulos, siendo las células foliculares las encargadas de producir los estrógenos y responsables de la maduración del óvulo.

Cuando la mujer alcanza un cierto nivel de madurez sexual biológica, uno de dichos folículos madura y expulsa un óvulo, indicando el proceso de ovulación.

En las glándulas sexuales masculinas, los testículos tienen la función de producir espermatozoides (células germinales masculinas) y testosterona, siendo ésta la hormona sexual masculina.

En referencia a la biología de la diferenciación sexual humana, se destaca el aporte de la Dra. Elba Martínez Picabea de Giorgiutti, respecto a las disgenesias gonadales señalándolas como aquellas alteraciones cuyo eje pasa por la formación disgenética, o anormal del testículo o del ovario, siendo por lo general las disgenesias gonadales causadas por mutaciones a nivel génico de los genes

responsables de la diferenciación testicular y ovárica, o por la existencia de más de una línea celular en el mismo individuo.¹

Cuando se produce la fertilización, es decir cuando el espermatozoide penetra en el ovocito se dan una serie de interacciones, siendo la adhesión de los espermatozoides a la membrana del ovocito y la posterior fusión de ambas células, el inicio del proceso y el origen de una nueva identidad biológica, completa e individualizada.

Publicaciones de experiencias científicas, permiten examinar en detalle la comprensión de los mecanismos moleculares que impulsan la fusión de gametos, estudios revelan que en los gametos humanos están presentes las proteínas CD9, IZUMO I y JUNO, “en las que se comprueba que JUNO se expresa en la membrana plasmática de los ovocitos humanos y que su inhibición, utilizando anticuerpos monoclonales, bloquea completamente el proceso de fusión con los espermatozoides”.²

Uno de los desafíos para la ética en investigación es la profundización de los mecanismos moleculares que impulsan la fusión de gametos, teniendo en cuenta que la infertilidad afecta a un grupo importante de parejas reproductivamente activas.

Desde el primer día el embrión comienza a comunicarse con la madre a través de señales, se inicia así un encuentro generado por un diálogo molecular que interactúa con receptores en las trompas uterinas y como respuesta, éstas producen sustancias.

¹ MARTÍNEZ PICABEA DE GIORGIUTTI, ELBA: *Biología de la Diferenciación Sexual Humana*. Disertación Instituto de Bioética 2010 . www.ancmyp.org.ar/user/FILES/03Giorgiutti.pdf

² AZNAR JUSTO: “Más datos sobre el proceso de fertilización humana.” Observatorio de Bioética. Universidad Católica de Valencia. 2019. Ref/ artículo publicado: JUNO, el receptor de esperma IZUMO1, es expresado por el ovocito humano y es esencial para la fertilización humana.

De no existir un sistema inmunológico tolerante por parte de la madre, el embrión sería espontáneamente rechazado, pero la existencia de una presencia biológica autoprogramada desactiva todos los procesos biológicos naturales, que defienden a la madre contra todo cuerpo extraño.

“La ciencia aporta hallazgos notables acerca de la íntima relación madre-hijo, haciendo referencia a aquellos factores que intervienen en la determinación de la ontogenia y que dan lugar a un diálogo epigenético, estudios científicos han revelado la aparición de cambios epigenéticos, llamados así por ser determinados por el ambiente celular, permitiendo que algunos genes se expresen o no de acuerdo a condiciones externas.

La investigación perinatal, sigue aportando estudios que avalan la relación materno filial desde una visión epigenética, sobre todo en la formación de los vasos nuevos que se generan en la placenta.”³

El conjunto de características biológicas, permiten diferenciar los distintos procesos del sexo a nivel: cromosómico, gonadal, embrionario y genital, siendo el patrimonio genético de la especie humana, individualizado y coordinado.

Estudios científicos ponen de manifiesto el microquimerismo maternal, esto significa que, durante el embarazo pueden detectarse en los órganos de la madre los llamados nichos de células, individualizados por su componente cromosómico XX y XY, encontrándose los mismos especialmente en la médula ósea, pulmón, hígado, riñón, piel, tiroides y glándula adrenal.

Estas células fetales se denominan Progenitores Celulares Asociados al Embarazo técnicamente se demuestran al identificar la presencia del cromosoma Y que es exclusivo del varón.

³ BOLTON RAQUEL. Ponencia en torno de los proyectos sobre “*Régimen de Interrupción Voluntaria del Embarazo*”. Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2018.

Recientes estudios han demostrado que las células tienen una gran capacidad de autorrenovación, tienden a concentrarse en los tejidos de la madre afectados clínicamente, cumpliendo un papel de reparación en aquellos que se encuentran dañados.

2. Diferencias estructurales en la biología cerebral.

Analizar las diferencias en el comportamiento de varones y mujeres ha llevado a los investigadores a fundamentar la variabilidad de comportamientos teniendo en cuenta la estructura cerebral. Diversos trabajos han evidenciado diferencias estructurales en diversos núcleos cerebrales en amplias zonas, tanto corticales como subcorticales.

En el primer meta-análisis llevado a cabo sobre este tema incluye datos obtenidos entre 1990 y 2013, allí se muestra que existen diferencias sexuales regionales en los cerebros masculino y femenino, respecto al volumen y densidad tisular, en la amígdala, el hipocampo y la ínsula, áreas implicadas en afecciones neuropsiquiátricas relacionadas con el sexo.⁴

Eric M Prager, en un Editorial del “Journal of Neuroscience Research”, afirma que el sexo juega un papel, no solo a nivel macroscópico, en donde se ha constado que los cerebros de varones y mujeres difieren no solo en tamaño, sino también a nivel microscópico” asimismo en otro trabajo publicado en la misma revista, se mencionan las diferencias sexuales del cerebro en todas las escalas, desde las genéticas y epigenéticas, hasta las diferencias sinápticas, celulares y de sistemas a lo largo de la vida.

⁴ JULIO TUDELA Y JUSTO AZNAR.: *Cerebro masculino y femenino: ¿iguales o diferentes?* Observatorio de Bioética. Instituto de Ciencias de la Vida. Universidad Católica de Valencia. 2018. Ref/ artículo publicado “Un meta análisis de las diferencias sexuales en la estructura del cerebro humano.”

3. El género como construcción social.

La Organización Mundial de la Salud al referirse al género hace mención a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

La aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género, recoge una serie de principios que hacen referencia a la privacidad, no discriminación, acceso a la justicia, participación pública, los derechos de libertad de expresión, temas de violencia y tortura y una variedad de otros derechos: Principios de Yogyakarta.

El documento fue elaborado por expertos en derecho internacional de los derechos humanos de diversos países, en la ciudad de Yogyakarta, Indonesia, en la Universidad de Gadjah Mada, entre el 6 y 9 de noviembre de 2006 y contiene principios que se ocupan de una amplia gama de normas de derechos humanos y de su aplicación a las cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género.

4. Identidad de Género.

Se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

La Ley 26.743 de Argentina sobre Identidad de Género sancionada el 9 de mayo de 2012 y promulgada el 23 de mayo del mismo año, menciona también que puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea

libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. En algunos de sus artículos se detalla el:

Derecho a la identidad de género. Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.⁵

Para la mayoría de las personas, hay congruencia entre sexo biológico (nacimiento), identidad de género y rol sexual. Sin embargo, los sujetos que tienen disforia de género experimentan cierto grado de incongruencia entre su sexo de nacimiento y su identidad sexual.

La incongruencia de género en sí no se considera un trastorno, sin embargo, cuando existe falta de correspondencia entre el sexo de nacimiento y la identidad de género provocando un malestar significativo de ansiedad, depresión e irritabilidad o discapacidad, el diagnóstico de Disforia de Género puede ser apropiado.

Las personas con disforia de género grave, a menudo llamadas personas transexuales pueden experimentar síntomas severos, inquietantes y persistentes y tienen un fuerte deseo de una transformación médica y/o quirúrgica de su cuerpo para que esté más alineado a su identidad de género.

⁵ La Ley 26.743 de Argentina sobre Identidad de Género Establéese el derecho a la identidad de género de las personas. Sancionada: mayo 9 de 2012 Promulgada: mayo 23 de 2012. Infile Información Legislativa.

Como se establece en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5) se estima que entre el 0,005 y el 0,014% de los varones al nacer y el 0,002 y 0,003% de las mujeres al nacer cumplen con los criterios diagnósticos de disforia de género.

La disforia de género se manifiesta de diversas maneras en los diferentes grupos etarios. Pero para el diagnóstico de la disforia de género en todos los grupos etarios, los criterios del DSM-5 requieren la presencia de:

Incongruencia marcada entre el sexo de nacimiento y la identidad de género que uno siente (identificación con el sexo opuesto) que ha estado presente durante 6 meses.

Malestar clínicamente significativo o deterioro funcional que resulta de esta incongruencia.

Diagnóstico en los niños:

Además de las características requeridas para todos los grupos etarios, los niños deben presentar 6 de los siguientes:

Un marcado deseo de ser o la insistencia de que son del género opuesto (o algún otro género).

Una fuerte preferencia por vestirse con ropa típica del sexo opuesto y, en las niñas, resistencia a usar ropa típicamente femenina.

Una marcada preferencia por los roles del sexo opuesto en los juegos.

Una marcada preferencia por juguetes, juegos y actividades típicas del otro sexo.

Una fuerte preferencia por compañeros de juego del otro sexo.

Un fuerte rechazo a juguetes, juegos y actividades típicas del sexo que coincide con su sexo de nacimiento.

Una fuerte aversión de su anatomía.

Un fuerte deseo de los rasgos sexuales primarios y/o secundarios que concuerdan con la identidad de género que se siente.

La identificación con el sexo opuesto no debe ser simplemente un deseo de ventajas culturales percibidas propias del sexo opuesto. Por ejemplo, un niño que dice que quiere ser niña sólo porque así recibirá el mismo trato especial que su hermana pequeña es poco probable que tenga disforia de género.

Diagnóstico en adolescentes y adultos:

Además de las características requeridas para todos los grupos etarios, los adolescentes y los adultos deben presentar 1 de los siguientes:

Un fuerte deseo de no poseer sus rasgos sexuales primarios y/o secundarios (o en el caso de los adolescentes, prevenir su desarrollo).

Un fuerte deseo de las características sexuales primarias y/o secundarias que corresponden al género con que se identifican.

Un fuerte deseo de pertenecer al sexo opuesto (o a algún otro género).

Un fuerte deseo de ser tratado como de otro género.

Una fuerte convicción de que tienen sentimientos y reacciones típicas de otro género.

El diagnóstico de disforia de género en los adultos se enfoca en determinar si existe una angustia significativa o un deterioro

evidente de las áreas sociales, laborales u otras áreas importantes de funcionalidad. La disconformidad de género no es suficiente para el diagnóstico.⁶

Considerar a la integridad como principio ético, supone tener en cuenta implicancias axiológicas y en las dimensiones fisiológica, psicológica, relacional y espiritual del ser, dimensiones que en armonía contribuyen al bien ser y al buen funcionamiento de la totalidad del organismo.

Una revisión bibliográfica del artículo presentado por las doctoras Natalia López Moratalla y Amparo Callejas Canelas investigadoras en la Universidad de Navarra, muestra la realidad de las personas con trastorno de identidad de género y la necesidad de un abordaje integral, considerando la persona en su totalidad para definir criterios en el acto médico.

Su título, *Transsexualism: A Brain Disorder that Begins to Known*, profundiza una mirada ética, de las correlaciones neurobiológicas estructurales y funcionales de la transexualidad, los cambios a nivel cerebral y la administración de las hormonas del sexo deseado, “Las personas transexuales presentan signos de feminización o masculinización de estructuras y procesos cerebrales con dimorfismo sexual y que durante la administración hormonal se desplazan parcialmente aún más hacia las correspondientes al sexo deseado. Estos cambios permiten una reducción de la angustia psicosocial. sin embargo, un modelo de “reasignación del sexo” no resuelve el problema, puesto que no se trata la alteración cerebral que lo causa. Se trata de una grave cuestión de ética médica. La liberación de los prejuicios para conocer lo que ocurre en el cerebro de los transexuales es una necesidad médica, tanto para definir lo

⁶ GEORGE R. BROWN, MD, East Tennessee Statu Universito. *Disforia de género y transexualidad*. <https://www.msdmanuals.com/.../disforia-de-género-y-transexualidad>

que es y no es un tratamiento terapéutico, como para guiar las acciones legales”.⁷

5. Una Bioética respetuosa de la antropología humana.

Biológicamente los gametos se perciben como dos sistemas autónomos, ordenados uno al otro, este patrimonio genético exclusivo que individualiza al recién concebido lo hace único e irrepetible y posee una teleología que le es propia.

Desde una concepción Personalista Ontológicamente Fundamentada, la noción de “persona” tiene una importancia fundamental para la ética de la corporeidad y los dilemas éticos de la sexualidad y el ámbito médico.

Una mirada ontológica lleva a individualizar la integridad e identidad, como principios que tienen su centro en la corporeidad humana.

Nuestro cuerpo sexuado nos convierte en signo sensible y eficaz que lleva a la complementariedad, es a través del mutuo don y el aspecto generador de la sexualidad vivido como donación, que se crea una nueva vida.

Sexo y género no son sinónimos, mientras que el sexo tiene una consideración biológica, la identidad sexual se refiere al género al que una persona se siente atraída sexualmente; asimismo la identidad de género hace referencia a un sentimiento subjetivo de saber a qué sexo se pertenece, mientras que el rol de género es la manifestación objetiva y pública de la identidad de género demostrando el grado de adherencia al género con el cual se identifica.

⁷ LÓPEZ MORATALLA, CALLEJAS CANELAS: *Transexualidad: Una alteración cerebral que comienza a conocerse*. Cuadernos de Bioética XXVII 2016/1ª

El respeto de la vida humana como principio bioético tiene en la sexualidad un aspecto unitivo y procreativo, como fuente de vida, está llamado a surgir como fruto del amor, llamar al hombre y a la mujer a vivir en comunión, invitándolos a compartir una existencia más rica que vivida en aislamiento e individualidad; la afectividad entendida como capacidad de amar y ser amado es una dimensión fundamental en la persona humana, que anclada en la sexualidad se manifiesta en la mujer y en el hombre con características propias de expresión.

La mujer a través de su delicada intuición, su capacidad de empatía y comprensión, le posibilitan encontrar formas de realización personal, aún en la circunstancia donde no hay generación biológica.

El varón tiene un rol decisivo en el ámbito familiar especialmente en la protección de su esposa y los hijos, su ausencia marca la vida familiar. Estudios científicos respecto al inicio de vida, revelan la incidencia de estados profundos de tristeza que llevan al varón a abortar momentos de su vida, producto del vacío por la muerte de un hijo no nacido, situación que se agrava si no hubo una consulta previa en casos de aborto.

Él forma parte de la esencia misma de la familia, llamado a la complementariedad con la mujer, su biología lo hace partícipe en el desarrollo sexuado y diferenciación genética de una nueva vida; respaldado por la ciencia desde las distintas disciplinas, la determinación cromosómica y endocrinológica lo hace protagonista y referente de la reciprocidad biológica.

6. Valoración ética en investigación.

La necesidad de contar con una reflexión profunda que aporte pautas de acción, conforme a la existencia de principios universales e inmutables determinan el surgimiento de la Bioética:

Se relaciona con las Ciencias Biomédicas.

. Funda criterios que sirven de norma, para discernir la intervención lícita del Hombre sobre la vida.

. Responde a los problemas concretos de todos aquellos que se enfrentan a dilemas éticos en el ámbito de la salud y la enfermedad.

Una Bioética respetuosa de la antropología humana, no ignora el valor de la vida de los otros seres vivos, habla de una diferencia. Asume la vida no en cuanto biológica pura, sino como vida de la persona en su totalidad ontológica, donde hay un espíritu animando un cuerpo.

Una realidad vigente en nuestra normativa argentina a través de la Ley de Ideología de Género - Ley 26.743 - señala que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, respetando la confidencialidad en el acceso de documentación con datos personales.

La autonomía se hace explícita en el ámbito de la salud a través del consentimiento informado donde la información, comprensión y voluntariedad, debe efectuarse de manera correcta y clara sobre alternativas de terapias posibles, efectos adversos, alcances de la terapia y toda consideración importante para reflexionar sobre la decisión en plena autonomía del paciente.

Asimismo, la confidencialidad de datos personales deberá estar registrada y garantizada en pro de resguardar toda situación que

pueda llevar a su reconocimiento, antes de acceder a prácticas o intervenciones totales y/o parciales.

Abordar el tema de la Dignidad Humana, implica mencionar un valor intrínseco, que hace referencia a la persona misma. La persona humana nunca es un medio, es un fin en sí misma y hablar de Dignidad es entrar en la profundidad de la Bioética, contar con profesionales competentes y cualificados, es una necesidad frente a situaciones dilemáticas.

El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el equipo de salud, hace referencia en sus primeros artículos a la presencia de guías de conducta basadas en principios morales, siendo el objetivo de la salud el completo equilibrio del bienestar psicofísico social y espiritual de la persona y de la comunidad, siendo responsabilidad del equipo de profesionales de la salud lograrlo en sintonía con la multidisciplinariedad⁸

Aportes bioéticos en el marco de la literatura anglosajona, hacen referencia a principios fundamentales de la ética médica en los ámbitos de investigación.

Principio de Autonomía: Hace referencia a la capacidad de deliberar sobre fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, respetando asimismo los criterios en relación al ser capaz y competente en el momento de recibir información y consentir.

Diversas formas de ideologías pueden desvincular la diferencia biológica entre el hombre y la mujer y expresar la sexualidad como vivencia interna e individual del género tal como cada persona la

⁸ Código de Ética para el Equipo de Salud. 2º ed. Corregida y ampliada Asociación Médica Argentina, 2012.

siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

Vivir la sexualidad desde una mirada sociológica aceptando la construcción social como prioridad, nos introduce en un subjetivismo en el cual la libertad es punto de referencia, aceptando como lícito lo que se quiere y desea.

El principio de Autonomía

Supone responder responsablemente por actos propios asumiendo las consecuencias y comportamientos que pueden atentar contra la vida.

Un estudio publicado en la prestigiosa revista “JAMA Pediatrics”, hace mención a una revisión sistemática de los trabajos que han evaluado la relación entre conducta heterosexual y no heterosexual en jóvenes adolescentes y la aparición de tendencias suicidas.

En esta revisión sistemática y metaanálisis de casi 2.5 millones de adolescentes, se descubrió que los jóvenes de minorías sexuales tienen un mayor riesgo de conductas que amenazan la vida en comparación con sus pares heterosexuales. Los jóvenes transgénero fueron los más afectados, seguidos por los adolescentes bisexuales y homosexuales.⁹

La aplicación de terapias de bloqueo hormonal en el diagnóstico de transexualismo en menores conlleva a una gran dificultad, el conocimiento de la valoración científica respecto a las consecuencias es importante a la hora de reflexionar sobre el inicio del proceso por su complejidad.

⁹ Estimación del riesgo de intento de suicidio entre jóvenes de minorías sexuales. Una revisión sistemática y un metanálisis. Observatorio de Bioética – Universidad Católica de Valencia. 2018

El tratamiento prepuberal puede acarrear ciertos efectos secundarios ya que se han identificado problemas en el desarrollo de la masa ósea y del crecimiento, posibilidad de afectar la fertilidad y capacidad de provocar una falta de desarrollo de los genitales externos.

Según algunos autores hay razones para sospechar que esos tratamientos pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo neurológico, junto a cambios metabólicos en los carbohidratos y grasas junto a la aparición de microcalcificaciones testiculares.¹⁰

Principio de Beneficencia

Este principio hace referencia a la obligación de hacer con el otro, aquello que cada uno entiende como bueno para sí, ejemplo de ello es la protección y defensa de los derechos, suprimir condiciones que puedan producir perjuicio y otras situaciones que conduzcan a un daño.

Principio de No Maleficencia

Explicado normalmente como daño o injuria, obligando a no hacer daño intencionalmente. En ética médica está unido íntimamente con la máxima “primum non nocere”.

Estados de Disforia de Género muestran a personas atravesando estados de angustia psicosocial cuando el sexo psicológico difiere del biológico, la necesidad de contar con profesionales competentes en el marco de la multidisciplinariedad, permitirá acompañar casos de comorbilidad o preexistencia de trastornos psiquiátricos, si llegaran a presentarse.

Considerar al abordaje bioético desde una conceptualización ecológica, teniendo en cuenta la presente revisión bibliográfica y

¹⁰ J LÓPEZ GUZMÁN Y C GONZÁLEZ VÁZQUEZ. *Valoración de la Supresión de la Pubertad en Menores con Problemas de Identidad de Género*. Cuadernos de Bioética. 2018; 29(97): 247-256 DOI: 10.30444/CB.9

análisis ético, permite profundizar el conocimiento antropológico para llegar a una reflexión desde lo biológico, psico-afectivo, social y espiritual.

Principio de Justicia

Es necesario el respeto por las normas morales básicas que permiten que puedan llevarse a la práctica los principios éticos fundamentales, la confidencialidad, la veracidad y la integridad del ser humano.

7. A modo de conclusión

La aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género hace referencia a la participación de los Estados que: Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

Señalando asimismo que: Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias para asegurar que todas las personas tengan acceso a establecimientos, productos y servicios para la salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como a sus propias historias clínicas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género ¹¹

En referencia al concepto de salud sexual la Organización Mundial de la Salud la define como un estado de bienestar físico,

¹¹ Principios de Yogyakarta, sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. N° 17. Universidad de Gadjah Mada en Yogyakarta, Indonesia, del 6 al 9 de noviembre de 2006.

Publicado en www.consorciodemedicoscatolicos.org.ar. 18 de septiembre del 2019.

mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Respecto a concepto de salud reproductiva, la mencionada organización hace referencia a los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida.

Asimismo, esta concepción supone según la O.M.S que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad y que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento profesional durante su embarazo.

No se puede negar una verdad biológica, se nace Varón (XY) o Mujer (XX) y frente a procesos complejos, se debe asegurar la calidad científico-técnica del sistema sanitario a través de profesionales cualificados que respondan desde la multidisciplinariedad, debido a los múltiples factores que intervienen en el abordaje de la Sexualidad y Disforia de Género.

Una vez más se reitera, que el Estado debe favorecer e incentivar a través de proyectos, la participación de profesionales de la salud para prestar servicios en los establecimientos educativos con la intención de promover una sexualidad que respete el cuerpo y los tiempos de maduración sexual y emocional de niños y jóvenes, compartiendo una verdad que la misma naturaleza reclama.

Una ideología que promueve proyectos educativos y legislativos desestimando la diferencia biológica entre el hombre y la mujer con una mirada subjetivista, niega la familia como ámbito cotidiano del desarrollo integral y primera socialización del ser

humano, manipulando, asimismo, el sentido del propio cuerpo llamado a un enriquecimiento recíproco.

Bibliografía

¿Cómo citar esta voz?

Sugerimos el siguiente modo de citar, que contiene los datos editoriales necesarios para la atribución de la obra a sus autores y su consulta, tal y como se encontraba en la red en el momento en que fue consultada:

Bolton, Raquel, SEXUALIDAD-E-IDENTIDAD-DE-GÉNERO-DESDE-UNA-MIRADA-BIOÉTICA en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética. <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/>

CAPÍTULO II

DROGADEPENDENCIA DESDE UN ENFOQUE BIOÉTICO



1. El Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas
2. Enfoque Ecológico de la Drogadependencia
3. Drogadependencia: Enfoque Bioético
 - 3.1 Fundamentación Científica
 - 3.2 Consideración Antropológica
 - 3.3. Reflexión Ética
4. Principios Bioéticos Aplicados a la Drogadependencia
5. Adicto desde la Vida Intrauterina
6. Cuando lo Académico se hace Pastoral
7. Conclusión

El modelo de sociedad consumista frena la inclinación natural a una vida de donación, siendo permisiva y secularizada revela la presencia de una cultura contemporánea que privilegia la individualidad y la búsqueda permanente del placer. La accesibilidad y oferta de sustancias psicoactivas, junto con los factores que determinan la demanda, explican la problemática del consumo abusivo en una sociedad que ha abandonado las dimensiones morales y espirituales.

La adicción según la Organización Mundial de la Salud es un “Estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una droga natural o sintética”; diversas teorías destacan el protagonismo de factores biológicos predisponentes y desencadenantes, señalando la importancia de una personalidad vulnerable para aquellas personas que consumen. La investigación científica ha tratado de identificar factores individuales, familiares y sociales, haciendo referencia especialmente a los avances que provienen de la investigación genética, la neurobiología, y la

psicología, sumándose a los mismos aportes dados por las ciencias sociales.

La vulnerabilidad evidencia el inicio del uso de drogas durante la adolescencia, período de grandes cambios físicos y psicológicos que afectan las interacciones y relaciones sociales, también los adultos pueden experimentar un consumo abusivo, cuando faltan puntos de referencia y convicción de que nada tiene sentido. El permisivismo lleva a expresar la libertad como libertinaje y cuando los modelos de un placer que justifica todo consumo, se encarnan en nuestros jóvenes, sus vidas corren peligro porque el precepto de minimizar los daños adquiere protagonismo. Drogarse, es una acción ilícita porque lleva implícita la renuncia a querer actuar como una persona libre, no se puede hablar del derecho a la droga porque el ser humano no tiene derecho a profanar la dignidad humana, valor intrínseco que hace referencia a la persona misma.

1. Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas

En diversos momentos de la historia investigadores y profesionales comprometidos con la problemática adictiva diseñaron modelos para definir el consumo abusivo, a partir de la década de 1980, aparece un nuevo paradigma en el campo de la prevención la Reducción de Daños y Riesgos, desde esta perspectiva la prevención tiene como objetivo evitar los efectos no deseados del uso de drogas, a través de la promoción de los efectos agradables que ellas provocan cuando se toman precauciones en el consumo y se fomenta el conocimiento de la sustancia a consumir.

“La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2010, estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3,5 a 5,7% de la población entre 15 y 64 años de edad)

consumieron sustancias ilícitas en 2008. A nivel mundial, los consumidores de cannabis constituyen el principal grupo de consumidores de drogas ilícitas (entre 129 y 190 millones de personas). Le siguió en volumen de consumo el de sustancias del grupo de las anfetaminas y a continuación la cocaína y los opiáceos.

En el epicentro del consumo de drogas se encuentran los “consumidores problemáticos”, es decir, aquellos que se las inyectan o son considerados drogodependientes, quienes en consecuencia sufren graves repercusiones de índole social y sanitaria.”¹

Los jóvenes atrapados en la droga comprometen seriamente su vida y el nuevo paradigma no refleja la realidad de una sociedad que vive una profunda crisis de valores. El consumo de drogas ilegales sigue en aumento entre los estudiantes de nivel medio en la Argentina según los resultados de estudios oficiales preliminares, en la última década creció 131% entre los alumnos; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, ya cuenta con los primeros datos de un vasto estudio que revela que, en 2011, 12 % de los estudiantes de entre 13 y 17 años probaron por lo menos una vez estupefacientes.

“El consumo de tabaco y alcohol se configuran como factores de riesgo para el consumo de marihuana y cocaína. Entre los estudiantes que fumaron en el último año, el consumo de marihuana fue del 30,2%, mientras que, entre los no fumadores, esta tasa es del 3,2%. Con una distancia menor, entre los fumadores, el consumo de cocaína es del 8,1% frente al 0,7% en el grupo de los no fumadores. Entre los estudiantes que tomaron alguna bebida alcohólica en el último año, el consumo de marihuana es del 15,8% frente al 1,2% del

¹ Informe Mundial sobre las Drogas 2010.

grupo de los que no bebieron. Y el consumo de cocaína es del 4,1% y 0,3% respectivamente.”²

La realidad nos demuestra que ninguna droga es inofensiva, del uso se puede pasar a un deseo imperioso de consumo, instalándose el patrón desadaptativo de la adicción.

“La Organización Mundial de la Salud a través de datos aportados señala que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año y unos 320. 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario.”³

2. Enfoque Ecológico de la Drogadependencia

Considerar a la adicción desde un enfoque ecológico, supone un desafío en el abordaje terapéutico, no sólo considerar al consumidor de drogas, sino también a la familia y a la sociedad como grupo amenazado por este flagelo.

Dimensión Individual

Los factores de riesgo de tipo individual que favorecen el consumo de drogas están ligados a condiciones psicológicas y conductuales, problemas de salud mental son actitudes favorables al consumo y búsqueda de sensaciones. El ingreso de sustancias

² *Estudio Nacional sobre Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media*. Informe Preliminar 2011: Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas.

La Encuesta Nacional se realiza cada dos años, en una muestra probabilística, bietápica sobre el total de estudiantes del país, que estén cursando el 8º, 10º y 12º año de escolaridad, y se corresponde a los estudiantes del nivel medio. www.sedronar.gov.ar

³ O.M.S. Centro de Prensa. El consumo nocivo de alcohol. Nota descriptiva N°349. Febrero 2011

psicoactivas en el organismo, implica una serie de modificaciones en la percepción y la conciencia, ningún producto tóxico es irrelevante y el consumo abusivo expone a circunstancias inesperadas especialmente en individuos vulnerables con patología previa, bajan las edades de los chicos con enfermedades mentales y crecen las patologías duales (combinadas con el consumo de drogas), al tiempo que las familias se modifican o se destruyen.⁴

El consumo riesgoso ocurre principalmente durante los fines de semana, cuando existe mayor tolerancia social y del entorno, siendo en muchos casos las drogas socialmente permitidas, puerta de entrada para las drogas ilegales.

Los efectos conductuales del alcohol en forma aguda varían según la ingesta y los factores biológicos y psicológicos. El beber da valor para afrontar conflictos para los cuales el adolescente no se siente preparado, los jóvenes tienden a hacer rituales en forma reiterada, como preparación de lugares de encuentro con sus pares, esa “previa” le permite al joven desinhibido, perder su timidez.⁵

Por otro lado, los factores de protección se vinculan a la autoestima, a habilidades sociales que permitan tomar decisiones y resolver problemas, invitando a la adaptación e integración en grupos de trabajo y estudio. Educar en el sentido del control de sí, potencia los factores de protección, fortaleciendo a los jóvenes para afrontar dificultades individuales y sociales.

El menosprecio y el consumo abusivo, marcan una ruptura entre la espiritualidad y la cultura, siendo la descomposición de la trama social, marcadores que revelan el abandono de las dimensiones morales. “Numerosas personas, especialmente jóvenes,

⁴ Resultados del relevamiento del Tal. Infanta Juvenil Tobar García, presentados en el III Congreso de Salud Mental Infanta Juvenil 2010.

⁵ BOLTON, RAQUEL, *¿Refugio de los Jóvenes?* Revista “Signo” N° 53 octubre 2011, pp 17-18

tienen serias dificultades para trabajar en la maduración de la gestión de sus deseos y cuando una actividad resulta difícil, reaccionan sólo con una respuesta emocional y esto es signo de que no han logrado aún organizar y unificar suficientemente su personalidad. Se desalientan, impacientes por obtener un resultado rápido y no logran aceptar que hay frustraciones inevitables en toda existencia y que no se puede vivir simplemente según el criterio del placer inmediato.”⁶

Dimensión Familiar

Los espacios familiares de contención y una dinámica familiar positiva, serán factores de protección hacia el consumo de sustancias. Una familia que ayuda a madurar en principios y valores, se transforma en un instrumento privilegiado para promover una educación integral y saber prever los riesgos del consumo. “En una sociedad sacudida y disgregada por tensiones y conflictos a causa del choque entre los diversos individualismos y egoísmos, los hijos deben enriquecerse no sólo con el sentido de la verdadera justicia, que lleva al respeto de la dignidad personal de cada uno, sino también y más aún del sentido del verdadero amor, como solicitud sincera y servicio desinteresado hacia los demás, especialmente a los más pobres y necesitados.

La familia es la primera y fundamental escuela de socialidad; como comunidad de amor, encuentra en el don de sí misma la ley que la rige y hace crecer.” [Familiaris Consortio: 37]

La familia juega un papel importante en los patrones de consumo de drogas psicoactivas, la escucha y la cercanía es un desafío para ella. Los controles familiares débiles y la inestabilidad de

⁶ *Iglesia, Droga y Toxicomanía*. Manual Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Editorial Ágape. Abril 2010. Pág.74.

vínculos, son algunas de las causas que impiden que la familia sea el agente preventivo natural. El nivel de atención por parte de los padres sigue siendo un factor de riesgo y protección fuertemente asociado al consumo de drogas. Los estudiantes cuyos padres tienen actitudes de menor atención y cuidado presentan una mayor tasa de consumo de drogas socialmente permitidas e ilegales, a medida que la protección aumenta, el consumo disminuye. Una familia se configurará como un factor de riesgo cuando en la misma, se promuevan actitudes de consumo abusivo, habiendo renunciado a la transmisión de los valores morales.

Dimensión Social

La persona humana necesita la vida social, es una exigencia de su naturaleza donde el hombre a través de las relaciones interpersonales, desarrolla sus capacidades. “Dios no creó al hombre en solitario. Desde el principio los hizo hombre y mujer (Gen 1,27). Esta sociedad de hombre y mujer es la expresión primera de la comunión de personas humanas. El hombre es, en efecto, por su íntima naturaleza, un ser social, y no puede vivir ni desplegar sus cualidades sin relacionarse con los demás.” [Gaudium et spes: 12]

Una organización social se constituirá en un factor de riesgo claro frente al uso experimental de drogas, si se caracteriza por exclusión social y desorganización comunitaria. Los niveles de tolerancia social al consumo, como así también la disponibilidad de drogas ilícitas, o una publicidad sin límites de tabaco y alcohol, definen la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias y éstas están asociadas a mayores tasas de consumo.⁷

⁷ Observatorio Argentino de Drogas -SEDRONAR. Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2009.

Por el contrario, una sociedad que incluye a su población y a los jóvenes en particular, mediante la apertura de proyectos laborales y de desarrollo individual y social, regulando la publicidad y la venta de alcohol y tabaco, genera factores de protección frente al consumo.

En la Carta Encíclica “Centesimus annus” el Papa Juan Pablo II señala, la necesaria y urgente obra educativa y cultural, que comprenda la educación de los consumidores para un uso responsable de su capacidad de elección y la formación de un profundo sentido de responsabilidad:

“La demanda de una existencia cualitativamente más satisfactoria y más rica es algo en sí legítimo; sin embargo, hay que poner de relieve las nuevas responsabilidades y peligros anejos a esta fase histórica. En el mundo, donde surgen y se delimitan nuevas necesidades, se da siempre una concepción más o menos adecuada del hombre y de su verdadero bien. A través de las opciones de producción y de consumo se pone de manifiesto una determinada cultura, como concepción global de la vida. De ahí nace el fenómeno del consumismo. Al descubrir nuevas necesidades y nuevas modalidades para su satisfacción, es necesario dejarse guiar por una imagen integral del hombre, que respete todas las dimensiones de su ser y que subordine los materiales e instintivas a las interiores y espirituales. Por el contrario, al dirigirse directamente a sus instintos, prescindiendo en uno u otro modo de su realidad personal, consciente y libre, se pueden crear hábitos de consumo y estilos de vida objetivamente ilícitos y con frecuencia incluso perjudiciales para su salud física y espiritual”. [cf. Centesimus annus :36]

Estamos llamados a ser custodios de la vida humana, pero ¿cómo comenzar esta tarea en un país, donde el consumo sigue en aumento y afecta significativamente a nuestros jóvenes?

Frente a la realidad de una cultura con ausencia de valores, nuestra vocación de servicio nos invita a dejar de lado nuestras individualidades y elaborar estrategias de abordaje desde lo preventivo-asistencial, teniendo en cuenta la visión integral de la persona humana. Aparece, pues la Bioética, íntimamente relacionada con las Ciencias Biomédicas, que, fundada en principios y valores, responde a los problemas de todos aquellos que, trabajando en el campo de la salud y enfermedad, se enfrentan a dilemas éticos.

3. Drogadependencia: Enfoque Bioético

A partir del año 1970, con la aparición del término Bioética en un artículo escrito por el oncólogo Van Rensselaer Potter y titulado "The science of survival", comienzan a surgir numerosos centros de estudios, teniendo a la Bioética como una "nueva" reflexión.

Para Potter, existe una inquietud en la humanidad ante las posibles consecuencias negativas del desarrollo científico y hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética, a través de un conocimiento que lo permita. Ésta es la Bioética, entendida por él como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso correcto, una mejor calidad de vida. La Enciclopedia of Bioethics de Reich (1978), considera la Bioética como:

"Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales"

El modelo de investigación que se presenta para acompañar la problemática adictiva, requiere de la exposición de una fundamentación científica comprobada en su consistencia y exactitud, una consideración antropológica que muestra el valor

fundamental de la vida y de una reflexión ética que da paso al bien que se va a perseguir y la acción moralmente correcta.

3.1. Fundamentación Científica (A)

En el cerebro se procesa toda la información sobre los distintos estados psicológicos y sobre la determinación de las conductas. De ahí la importancia de los hallazgos científicos, que buscan identificar regiones cerebrales comprometidas con la urgencia de consumir drogas.

La estructura química de las sustancias psicoactivas es muy similar a la de ciertos neurotransmisores por lo que pueden alterar temporalmente el funcionamiento habitual del organismo humano, actuando como agonistas o antagonistas de los receptores celulares.

El mundo científico sigue aportando fundamentos sobre el comportamiento de sustancias psicoactivas, un equipo de científicos canadienses afirma haber descubierto cómo el consumo de cannabis perjudica la memoria y altera el estado de ánimo, señalando como responsables a un tipo de células gliales – astrocitos-.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificó la adicción a las drogas como enfermedad por presentar las siguientes características:

- . Etiopatogenia
- . Base Biológica
- . Historia Natural
- . Fenomenología Clínica
- . Manejo Médico-Integral- Interdisciplinario

Al hablar de adicción como enfermedad, es imposible separarla del concepto de farmacodependencia ⁸ y de la manifestación de diversos síndromes que pueden acompañarla.

Dependencia Física: Situación en la que, si hay privación, el organismo presentará manifestaciones, que pueden llevar a episodios de angustia y/o ansiedad, conocidas como "Síndrome de Abstinencia". Esta dependencia física deriva de un proceso de adaptación a la droga independientemente de la voluntad del individuo.

Dependencia Psíquica: Existencia de un impulso irrefrenable que exige la administración de la droga para producir placer o evitar un malestar.

Manejo Integral de la Enfermedad

Es quehacer exclusivo del equipo multidisciplinar y del equipo médico restablecer la reinserción del paciente, primero a su entorno familiar, luego al social. Esta prioridad se debe tener en cuenta en todo tratamiento donde lo prioritario es la incorporación de nuevos hábitos, o sea, patrones de conductas fundados en valores y a través de una reeducación. El tratamiento tiene como objetivo erradicar toda forma de consumo en el adicto y su entorno familiar.

Competencia y responsabilidad en la calidad de la asistencia, deben estar presentes en el abordaje de la patología adictiva ya que estamos frente a una enfermedad contradictoria, el adicto no se considera enfermo, minimiza su deterioro físico y psicológico

⁸ "Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible al tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo." (OMS, 1969).

ocasionando situaciones de violencia y disturbios. La misma negación que refiere el adicto, es utilizada por su familia, transformándose en codependiente.

3.2. Consideración Antropológica (B)

Una Bioética centrada en la persona humana, asume la vida no en cuanto biológica pura, sino como vida de la persona en su totalidad ontológica, donde hay un espíritu animando un cuerpo. “La tradición personalista hunde sus raíces en la razón misma del hombre y en el corazón de su libertad: el hombre es persona porque es el único ser en el que la vida se hace capaz de reflexionar sobre sí misma, de autodeterminarse, es el único ser viviente que tiene la capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas y de dar sentido a sus expresiones y a su lenguaje consciente”.⁹

Abordar el tema de la Dignidad Humana, implica mencionar un valor intrínseco, que hace referencia a la persona misma. La persona humana nunca es un medio, es un fin en sí misma y hablar de dignidad es entrar en la profundidad de la Bioética. Ésta necesita fundamentar el concepto de persona para precisar las intervenciones sobre la vida humana.¹⁰

“La ecología creacionista valora todos los seres vivientes y el mundo en su conjunto como obra de Dios, manifestación de su Bondad y no autoriza de ninguna manera, un imperialismo, un uso simplemente utilitarista de los seres vivientes, que son dados al hombre, también para la contemplación de Dios, para ver y constatar las maravillas del amor de Dios. El que respeta al hombre debe respetar la armonía, la biodiversidad, el orden del universo, pero hay

⁹ Sgreccia, Elio, Manual de Bioética, México: Ed. Diana, 1996. Pág.73.

¹⁰ BOLTON DE MERCADO, RAQUEL., *Volver al Camino de la Vida*. Enfoque Bioético de las Adicciones. Editorial DC Y M 2011. Argentina. Pág.51.

una diferencia de la vida en cuanto humana: el cuerpo humano es llamado a convivir con el espíritu, convivir como espiritualizado, vivificado por el espíritu -esta mano es una mano espiritualizada, debe dar señales espirituales-. El cuerpo, así, asume una dignidad que no es la misma que se encuentra en los otros animales -aunque superiores- porque es la epifanía del espíritu, es la encarnación del yo espiritual, es la identificación de un yo que tiene su individualización particular, inconfundible, insustituible”.¹¹

La Inteligencia y Voluntad permiten configurar la vida humana, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas altera el uso de la inteligencia, de la voluntad y de la libertad, esta última consustancial al hombre ya que el ser humano es esencialmente libre. Una desviación del concepto de libertad es creer en la “libertad de drogarse”, ya que esta expresión es contraria a la dignidad humana.

3.3. Reflexión Ética (C)

Los profesionales de la salud estamos llamados a formar parte de un cambio cultural donde la formación de una conciencia moral y la promoción de la vida humana, sean signos de cercanía y esperanza.

Inmersos en una gran cultura mediática, tenemos la necesidad de promover la formación de comunicadores competentes y comprometidos que iluminen la realidad y la transformen, no sólo a través de la capacitación técnica, sino también con la presencia de valores humanos que contemplan a la dignidad, como centro de toda la vida social.

¹¹ SGRECCIA, ELIO, *Teología de la Vida*. II Jornadas de Bioética para Sacerdotes, 2004. VIDA Y ÉTICA. Año 5 N° 2. diciembre 2004. Pág.238.

“Dado que los medios de comunicación social, tienen una responsabilidad social en las conductas de las personas, no pueden refugiarse en ser un mero instrumento de terceros. Ellos, en razón de su ethos asociado a la verdad y al bien de las personas, deben estar muy vigilantes para que los productos que promueven no dañen a las personas, al medio ambiente y sean consecuentes con las normas morales y costumbres de la sociedad.”¹²

Mitigar el dolor o curar las consecuencias de trastornos somáticos o psicológicos, es en principio una obra de caridad que nace espontáneamente del obrar médico, y puede llegar a ser un deber si esas alteraciones dificultan ejercicio de otros deberes de orden superior. De ahí que sea lícito el uso de drogas, cuando se busca un fin terapéutico, incluso si llegara a producir la pérdida temporal de la conciencia.¹³

En situación de Abuso: Las modificaciones de la conducta y de la personalidad que algunos de estos productos ocasionan, podrían ser aprovechados por algunos grupos para mantener bajo su control a determinados individuos, lo que determinaría una ilegítima interferencia en la autonomía personal.

Si el abuso consiste en un exceso de dosis, tal conducta es reprobable por el daño que puede ocasionar a la salud.

“En la raíz del abuso de alcohol y de estupefacientes- no obstante, la dolorosa complejidad de las causas y de las situaciones- existe comúnmente un vacío existencial, debido a la ausencia de

¹² CHOMALIGARIO, FERNANDO, *Responsabilidad: Eje en el Tema de Salud*. 2004. VIDA Y ÉTICA. Año 5 N° 2. diciembre 2004. Pág. 131.

¹³ FUENTES, MIGUEL ÁNGEL, sacerdote IVE, *Manual de Bioética*. Ediciones Verbo Encarnado. Mendoza 2006. Pág. 218

valores y a una falta de confianza en sí mismo, en los otros y en la vida en general”¹⁴

4 Principios Bioéticos Aplicados a la Drogadependencia

Principio de Defensa de la Vida

La persona que consume se transforma en víctima de una serie de desórdenes en la estructura psico-biológica, llevándola a una decadencia ética. “La persona se caracteriza por tres cualidades: la singularidad-inconfundible, única-, la capacidad de relacionarse con Dios y con las otras personas y la interioridad. La persona humana tiene una interioridad, tiene un misterio, porque su cuerpo, sus células, sus aparatos orgánicos son animados por un espíritu que sobrepasa, trasciende el universo entero, que es más grande que el universo material, como dice Santo Tomás de Aquino, que es llamado a la plenitud de una vida eterna.”¹⁵

El servicio a la vida se manifiesta plena y explícitamente en la fidelidad a la ley moral en coexistencia con valores y deberes. Nuestra sociedad valoriza cada vez más una cultura de muerte y nuestros jóvenes buscan recursos en los productos químicos, al no saber encontrarlos en los valores humanos y en un camino espiritual.

Principio de Libertad y Responsabilidad

El aprendizaje de la libertad lleva a asumir responsablemente actos propios, asumiendo consecuencias y comportamientos de los mismos. La responsabilidad de los profesionales de la salud no puede

¹⁴ Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la salud. Carta de los Agentes de la Salud. Ediciones Paulinas 1995

¹⁵ SGRECCIA, ELIO, *Teología de la Vida*. II Jornadas de Bioética para Sacerdotes, 2004. VIDA Y ÉTICA. Año 5 N° 2. diciembre 2004:239

estar al margen de una valoración que reconozca el don de la vida, es necesaria una auténtica educación en la sociedad que forme el corazón, la inteligencia y la conciencia moral de sus miembros, para ir gestando y madurando actitudes que es preciso desarrollar ante la problemática adictiva.

“La libertad es el poder, radicado en la razón y en la voluntad, de obrar o de no obrar, de hacer esto o aquello, de ejecutar así por sí mismo acciones deliberadas. Por el libre arbitrio cada uno dispone de sí. La libertad es en el hombre una fuerza de crecimiento y de maduración en la verdad y la bondad. La libertad alcanza su perfección cuando está ordenada a Dios, nuestra bienaventuranza.”¹⁶

El consumo de drogas psicoactivas altera el uso de la razón, de la libertad y de la voluntad alterando esencialmente los procesos del pensamiento con deterioro progresivo de la memoria. No se puede hablar de libertad verdadera donde se destruye una vida, ni vida asumida en plenitud, donde se priva de libertad.

Principio de Totalidad o Terapéutico

Es uno de los principios básicos que identifican a la Ética Médica. Se funda en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal¹⁷. El cuerpo humano tiene una integridad y una dignidad por lo cual no puede ser utilizado como un instrumento que esté al servicio de otro fin.

¹⁶ Catecismo de la Iglesia Católica N° 1731.

¹⁷ SGRECCIA, ELIO, *Manual de Bioética*. Editorial Diana México, 1996. p.158. Este principio de totalidad o terapéutico se aplica cuando para salvar al todo y la vida misma del sujeto, se debe intervenir incluso mutilando una parte del organismo.

“No se puede prescindir del cuerpo y destacar la psique como criterio y fuente de moralidad: el sentir y el desear subjetivos no pueden dominar y desatender las determinaciones objetivas corpóreas. La tendencia de hacer prevalecer aquellos sobre estas es la base de la actual psicologización de la ética y del derecho, que deduce de los deseos individuales (y de las posibilidades técnicas) la licitud de los comportamientos y de las intervenciones sobre la vida”.¹⁸

Principio de Sociabilidad y Subsidiariedad

El principio de sociabilidad comprende a todas y cada una de las personas en su propia realización al participar en la realización del bien de sus semejantes.

“El principio de subsidiariedad se opone a toda forma de colectivismo. Traza los límites de la intervención del Estado. Intenta armonizar las relaciones entre individuos y sociedad. Tiende a instaurar un verdadero orden internacional.”¹⁹

En nuestros días, se va creando una conciencia antisolidaridad y antisubsidiariedad, como se observa en las leyes permisivas que comprometen la estabilidad de la familia y atentan contra la vida. Las drogas legales son tan nocivas como las ilegales y sin embargo el comercio es permitido libremente. El hecho de que haya drogas bajo el término “legales” no autoriza a incorporar otras de nocividad análoga. Las estadísticas muestran que “el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, son un factor de riesgo para el consumo de otras sustancias.

¹⁸ Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la salud. *Carta de los Agentes de la Salud*. Ediciones Paulinas 1995: 41, p 52.

¹⁹ Catecismo de la Iglesia Católica N° 1885

5 Adicto desde la Vida Intrauterina

El consumo de drogas durante el embarazo, puede producir problemas de origen biológico y psicológico, entre los riesgos biológicos debido a la conexión materno-fetal se puede señalar: mayor incidencia de partos prematuros, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia post-parto y comportamientos propios de la toxicomanía.

Es doloroso pensar que un ser inocente llamado a la vida «única criatura en la tierra a la que Dios ha amado por sí misma» [Veritatis splendor 13], pueda ser expuesto a un riesgo tan significativo, producto del consumo abusivo.

Profundizar en la biología de la generación de un nuevo ser, significa comprender la absoluta unicidad e irrepetibilidad del individuo. Desde lo psicológico la mujer embarazada que consume drogas, evidencia una falta de valores que la llevan a descuidar su estado y a obtener a través de la droga solamente su propia satisfacción.

Estudios científicos revelan consecuencias en la vida intrauterina por consumo abusivo de drogas psicoactivas, muestran por primera vez a una población que nunca es considerada, los fetos, marcando un antes y un después, ya que deja bien en claro que los bebés alcanzados dentro de la madre por el uso de sustancias, aportan marcadores biológicos presentes en el meconio, al que sólo pueden llegar a través de la madre.²⁰

²⁰ En el II Congreso Uruguayo de Neonatología, fue presentado un estudio, con indicadores significativos que aportan marcadores biológicos presentes en el meconio.

Dr. Mínguez Hugo, investigador del Conicet y coautor del estudio premiado, como mejor trabajo científico en el II Congreso Uruguayo de Neonatología. "El 41,7% de las mujeres habían fumado durante el embarazo, el 37% habían bebido alcohol, el 16,5% habían tomado tranquilizantes, el 68% había consumido más de 400 mg diarios de cafeína, el 1,5% había fumado marihuana y el 0,4% habían consumido pasta base". Arch Pediatra Uruga 2007; 78(2): 122-132. www.sup.org.uy

“La situación cultural actual atraviesa una profunda crisis de valores observándose que la referencia para la toma de decisiones deja de ser la verdad objetivamente fundada y pasa a estar determinada por la opinión subjetiva y muchas veces cambiante de algunos. El anhelo por alcanzar la verdad se desvirtúa y el objetivo se convierte en la satisfacción de las aspiraciones individuales”²¹

6 Cuando lo Académico se hace Pastoral

En toda patología adictiva los profesionales que asisten a estos enfermos, tienen que ver entre los síntomas y signos de un cuerpo deteriorado, un ser humano con incapacidad para hacer frente a comportamientos transmisores de muerte.

“La vida humana es un Misterio (y todo Misterio es un exceso de verdad) para contemplar, no para manipular o instrumentalizar ideológicamente. La vida humana ha de ser defendida con pasión, celebrada con alegría, protegida con la fuerza de la ley, estudiada con meticulosidad, cuidada con responsabilidad. Actualmente se da una fragmentación de paradigmas de lo humano, fruto de la posmodernidad. Para una bioética bien orientada, puesta al servicio del hombre, de la historia, de la sociedad, es absolutamente indispensable una antropología de base sólida. El personalismo ontológico es el marco de pensamiento adecuado.”²²

Juan Pablo II a través del Evangelio de la Vida, llama a los intelectuales a trabajar en los espacios de cultura y ambientes de investigación científica y técnica, profundizando su mirada en las fuentes del Evangelio. “Precisamente en esta perspectiva he

²¹ PASSO, ELENA, *El Embrión Humano: Un Fin en sí mismo*. Editorial Dunken. Diciembre 2010. Pág. 47.

²² GARCÍA, JOSÉ JUAN, *Posmodernidad y Cultura de la Vida. Persona y Bioética*. Educa. 2008. Págs. 147-148

instituido la Pontificia Academia para la Vida con el fin de « estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, relativas a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en las que guardan mayor relación con la moral cristiana y las directrices del Magisterio de la Iglesia ».Una aportación específica deben dar también las Universidades, particularmente las católicas, y los Centros, Institutos y Comités de bioética.”[Evangelium Vitae 98]

Es aquí precisamente, donde lo académico quiere hacerse pastoral, donde el encuentro de una conciencia y una confianza puesta en una Vida Trinitaria, permite que Dios pueda encarnarse en cada ser humano, para servir en el surgimiento de una nueva cultura de vida. La vida pastoral nos inicia en el camino de preparar y facilitar la intimidad de un encuentro con la Buena Noticia que es Camino, Verdad y Vida.

7 Conclusión

Es necesario comenzar el trabajo estructurando la personalidad y madurando la formación sólida de la inteligencia y la voluntad, como profesionales de la salud no debemos estar al margen del consumo problemático y es necesario responder a los desafíos y exigencias que plantea la enfermedad, solo será efectivo el progresivo conocimiento médico si está acompañado por principios morales que se proyecten hacia la búsqueda de la verdad.

“La adicción es una enfermedad, con mecanismos de acción que le son propios, en los cuales se percibe la fragmentación que debilita y cuestiona los vínculos del joven, sumándose a esto la “crisis de identidad personal” que atraviesa el adolescente, considerada vulnerable para el inicio del consumo. La ética en el manejo de esta

enfermedad presenta un gran desafío, lograr simultáneamente el bien del que actúa, el bien de la sociedad y el aporte al conocimiento del mundo científico.”²³

El lenguaje ontológico de la persona nos lleva a individualizar la identidad y la integridad expresada por la corporeidad, ésta no debe ser considerada como un objeto sino como reflejo de la persona en su totalidad. Como expresión de su unicidad, no puede ser reducida a la categoría de medio, tiene finalidad propia y su dignidad radica en su acto de ser.

“La ciudad actual es relativista: todo es válido, y puede que caigamos en la tentación de que, para no discriminar, para incluir a todos, a veces sentimos que es necesario “relativizar” la verdad. No es así. El Dios nuestro que vive en la ciudad y se involucra en su vida cotidiana no discrimina ni relativiza. Su verdad es la del encuentro que descubre rostros y cada rostro es único. Incluir personas con rostro y nombre propios no implica relativizar valores ni justificar antivalores, sino que no discriminar y no relativizar implica tener fortaleza para acompañar procesos y la paciencia del fermento que ayuda a crecer. La verdad del que acompaña es la de mostrar caminos hacia adelante más que juzgar encierros pasados.”²⁴

Bibliografía

Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, sobre la Iglesia en el mundo actual. 7 de diciembre de 1965.

Carta Encíclica *Centesimus annus*, a los Hermanos en el Episcopado, al Clero, a las familias religiosas, a los Fieles de la Iglesia

²³ BOLTON, RAQUEL, *Adolescencia y Adicciones. Una mirada desde la Bioética*. Editorial Santa María. 2012 Pág. 71

²⁴ CARDENAL BERGOGLIO, JORGE M., en el Primer Congreso Regional de Pastoral Urbana. Dios Vive en la Ciudad. Buenos Aires, 25 de agosto de 2011. www.arzbaires.org.ar/inicio

Católica y a todos los hombres de buena voluntad en el centenario de la Rerum Novarum. 1 de mayo de 1991.

Carta Encíclica Veritatis splendor a todos los Obispos de la Iglesia Católica sobre algunas cuestiones fundamentales de la Enseñanza Moral de la Iglesia. 6 de agosto e 1993

Carta Encíclica Evangelium Vitae a los Obispos, a los sacerdotes y Diáconos, a los Religiosos y Religiosas, a los Fieles laicos, sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. 25 de marzo de 1995.

Carta de los Agentes de la Salud. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la salud. 1995

Juan Pablo II, Exhortación Apostólica Familiaris Consortio, al Episcopado, al Clero y a los Fieles de toda la Iglesia sobre la misión de la Familia Cristiana en el Mundo Actual. 22 de noviembre 1981.

Catecismo de la Iglesia Católica. www.vatican.va

¿Cómo citar esta voz?

Sugerimos el siguiente modo de citar, que contiene los datos editoriales necesarios para la atribución de la obra a sus autores y su consulta, tal y como se encontraba en la red en el momento en que fue consultada:

BOLTON, RAQUEL, DROGADEPENDENCIA DESDE UN ENFOQUE BIOÉTICO, en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética.

Jornadas de Pastoral de la Salud. Año 2018.

Dra. Raquel Bolton de Mercado "Adicciones" Auditorio Clínica San Camilo.

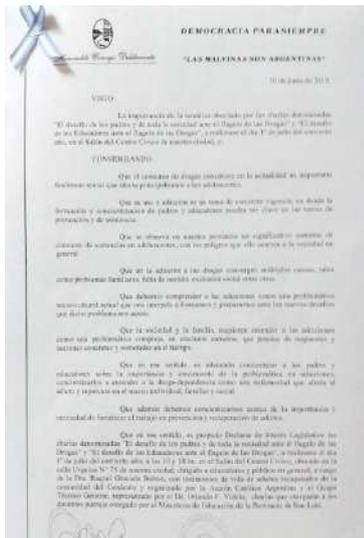
https://youtu.be/zcq_E03pv8o

CAPÍTULO III

IMPLEMENTAR ACCIONES DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.



*Honorable Concejo Deliberante
Ciudad de Villa Mercedes San Luis
República Argentina*



Reconocimiento del Honorable Concejo Deliberante. Villa Mercedes. San Luis. Julio 2015.

Es necesaria la implementación de una concientización que evidencie el peligro que ocasiona el consumo abusivo de drogas, dirigida a todos los ámbitos sociales, gestando la participación activa de padres, jóvenes, docentes, funcionarios, profesionales de la salud, medios de comunicación a través de:

- A. Generar acciones de educación y prevención sobre el consumo de drogas en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria. La prevención es anticiparse: Buscar reducir problemas relacionados con conductas destructivas y autodestructivas. Como hecho educativo y comunitario busca potenciar factores de protección, aislando los factores de riesgo, fortaleciendo las resiliencias personales y familiares.
- 1. Aprovechar el “Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas” 26 de junio, para informar acerca de los graves problemas que surgen del consumo de drogas y de los daños que conlleva su uso,

con la colaboración de medios de comunicación mediante el uso de spot radial y televisivo.

2. Diseñar, planificar y desarrollar con la comunidad educativa actividades preventivas que involucren a los estudiantes y su familia, generando espacios de reflexión adentrándonos en la problemática adictiva e identificando posibles factores de riesgo en la población escolarizada.
3. Crear una Red Asistencial que trabaje en los ámbitos de Educación, Centros Hospitalarios y Comunidades Terapéuticas, promoviendo acciones conjuntas.

Evidentemente este plan de concientización debe estar acompañado por la intervención del Estado, estableciendo programas de educación y promoción de la salud.

Esta primera etapa debe estar acompañada de subsidios y sugerencias para una comunicación plena y eficaz, tales como:

. Afiches.

. Material Informativo. Este material, podrá ser utilizado en los distintos niveles de la población escolarizada-.

. Spots –radial y televisivo.

B. Formación Gradual, Continua y Sistemática: Las personas que a través de esta concientización sientan un llamado a comprometerse con la problemática adictiva, para esto deben formarse e informarse sobre esta realidad tan grave.

C. Para lograr este objetivo son necesarios los “mediadores sociales”, promotores del cambio, a través de una planificación que considere el crecimiento del consumo

dentro del país, que tiende a desarrollarse con una velocidad mayor que las alternativas de solución:

“El planeamiento es esencialmente un proceso de participación y corresponsabilidad. Es un proceso de conversión personal, comunitaria e institucional. Supone y produce trabajo en equipo y no solamente equipo de trabajo, pues desemboca en una sola fuerza al servicio del bien común.

Indagar sobre el imaginario de los estudiantes acerca de las causas del consumo de drogas constituye un aspecto que contribuye a la explicación sobre su propio consumo.

Es evidente que cuanto menos interviene la sociedad sobre los jóvenes para imponer límites, más se extiende la predisposición al consumo de drogas, cobrando importancia el relativismo completo.

La prevención no se efectúa solamente, a través de la despenalización, cuyo debate debe realizarse en el ámbito apropiado; se efectúa sí, formando personas que se detengan en la realidad dispuestos a la escucha y a la cercanía, surge aquí la necesidad de contar con la organización de talleres, seminarios, jornadas y/o videoconferencias, que formen parte de una red preventiva destinada a:

- . Jóvenes
- . Familias
- . Docentes
- . Profesionales de la Salud
- . Instituciones públicas
- . Funcionarios Públicos
- . Medios de Comunicación

- . A los miembros de la comunidad interesados en la problemática adictiva.

- .Agentes Pastorales que quieran brindar asistencia a adictos privados de la libertad a través de una Pastoral Penitenciaria.

Esta propuesta nos invita a salir, a estar presentes en la vida pública a diferencia de la tendencia individualista actual, que espera los resultados para comenzar a trabajar en temas de prevención. Hay que dedicar nuestro tiempo a estar con aquellos que están en condiciones de máxima fragilidad.

Por lo tanto, estas dimensiones y estas circunstancias de vulnerabilidad deben ocupar un espacio específico en el diseño de las políticas preventivas, educando en los valores especialmente el valor de la vida, la propia responsabilidad y la dignidad humana para vencer esta enfermedad.

Acompañar y formar a personas insertas en los distintos ámbitos de nuestra sociedad nos exige, crear espacios de formación a través de una:

- . Educación Integral que contemple medidas en materia de Prevención y Asistencia de Adicciones, en distintos sectores de la vida pública:

- . Establecimientos Escolares.

- . Universidades

- . Medios de Comunicación Social.

- . Organismos de Estado.

- . Promoción de una Red Social, para fortalecer acciones que animen a las familias y el entorno social que rodea al enfermo adicto.

- . Parroquias a través de sus decanatos y vicarías
- . Hospitales
- . Centros comunitarios de atención primaria
- . Villas, para acompañar a las personas que ya están trabando en la problemática adictiva.

. Rehabilitación y Seguimiento: Invitando a elaborar una propuesta que, realizando un análisis de la realidad, establezca un programa de acción que lleve a ejecutarlo, siendo la Rehabilitación, el Seguimiento y la Evaluación, parámetros necesarios para caminos a seguir. Es necesario comenzar a trabajar en la creación de:

- . Lugares de atención ambulatoria en centros de día.
- . Proyectos que contemplen líneas de trabajo para una posterior reinserción laboral desde una Pastoral Penitenciaria.
- . Centros Hospitalarios, con manejo integral de la enfermedad.
- . Nuevas Comunidades Terapéuticas, que tengan en sus programas de terapia recuperativa para conducir hacia el descubrimiento o al redescubrimiento de la propia dignidad.

Bibliografía

BOLTON, RAQUEL. 2011. Selección de texto, libro:

Adolescencia y Adicciones. Una mirada desde la Bioética.
Editorial Santa María. Argentina.

CAPÍTULO IV

USO MEDICINAL DEL CANNABIS: UN DESAFÍO PARA EL SIGLO XXI



En la actualidad, a través de artículos publicados en la prensa, se señala que el uso de determinadas sustancias psicoactivas, como la marihuana, puede llegar a tener efectos beneficiosos en el tratamiento de enfermedades. La bibliografía científica cita mejoras en determinadas patologías, entre las que podemos considerar el tratamiento en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia y la disminución en la frecuencia de las convulsiones en menores con epilepsia refractaria.

El concepto de tratar a las personas de una manera ética implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar, consideración que debe tenerse en cuenta en el momento de hacer mención del uso medicinal del cannabis.

La presentación del cannabis como aceite es propuesta por algunos profesionales de la salud para disminuir la frecuencia de las convulsiones en niños que sufren epilepsia refractaria.

Surge la necesidad de profundizar en el ámbito de la investigación y formación médica para contar con datos confiables sobre la seguridad y tolerancia del uso terapéutico de estas sustancias en menores y seguir trabajando desde la ciencia para que sea considerado un tratamiento seguro y eficaz.

Aliviar el dolor y mitigar las consecuencias de trastornos físicos y psicológicos justificaría el uso de ciertas drogas, señalando los límites que considere su uso y teniendo en cuenta que la licitud estaría dada cuando se busca un fin terapéutico proporcionado a la situación clínica.

Un empleo incontrolado por exceso de dosis sería reprobable por el daño que puede ocasionar a la salud, siendo ilícito su uso.

Las consecuencias que presenta el consumo abusivo de marihuana son: afectación en los procesos de desarrollo cognitivo, percepción distorsionada con alucinaciones, aparición de cuadros depresivos, comportamiento impulsivo irresistible con ilusiones visuales y auditivas y, por último, compromiso a nivel inmunitario con aparición de enfermedades en distintos órganos.

Generalizar resultados positivos en tratamientos con marihuana en un porcentaje de pacientes con epilepsia refractaria en población vulnerable supone la responsabilidad de los profesionales de salud en el seguimiento de los pacientes, considerando las implicancias morales que las drogas psicoactivas pueden presentar, porque del uso terapéutico se puede pasar a un consumo abusivo, presentándose el patrón des adaptativo de la adicción.

La revisión de consideraciones bioéticas relacionadas especialmente con los principios de autonomía, beneficencia y no-maleficencia en el consumo de drogas psicoactivas forma parte de los desafíos para la ciencia y los profesionales de la salud del siglo XXI.

Bibliografía

BOLTON, RAQUEL. Revista Signo Digital N° 70. Área Sectores.
Revista Signo - Acción Católica General
www.accioncatolicageneral.es/revista-signo/ Julio 2019

CAPÍTULO V

LA ANCIANIDAD UN DESAFÍO PARA LA PROFESIÓN MÉDICA



La cultura actual presenta estilos de vida que centran la mirada en la eficiencia y la utilidad, a los que considera modelos dignos de ser vividos.

La palabra “anciano” hace referencia a una persona de muchos años de edad, hoy día con tendencia a aumentar por los progresos biotecnológicos de la medicina.

La prolongación de la vida humana y la disminución de la natalidad han provocado una transición demográfica en la pirámide de edades –pirámide invertida– respecto a cómo se presentaba en años anteriores, en donde las sociedades se constituían con menor número de personas adultas.

Esta dimensión sociocultural nos desafía como médicos a tener una visión integradora, a trabajar por la reconstrucción de una sociedad que contemple cada etapa de la vida y sea capaz de promover la participación de ancianos en la vida social, cultural y político-institucional.

Si bien hoy día se da por hecho la atención, asistencia y tutela económico-informativa, es evidente la contradicción entre lo que se dice y lo que se hace; no siempre las personas mayores son consultadas en la toma de decisiones y tenidas en cuenta a nivel político-institucional.

La ancianidad forma parte de la vida, es una etapa por la que todos vamos a transitar y nos invita desde ahora a iniciar un camino de preparación interior con una mirada trascendente, teniendo en cuenta que estamos inmersos en una cultura que privilegia la eterna juventud.

El valor de la escucha

Una antropología que es respetuosa de la dignidad humana muestra que cuando la vida de un anciano es acompañada, aun en situación de extrema fragilidad, la paz y la fortaleza encuentran sentido frente al sufrimiento y a la propia condición de enfermedad.

Cuando el sufrimiento toca la naturaleza de la persona y la pregunta “¿por qué a mí?” es inevitable, la experiencia del dolor coloca al anciano en una situación límite.

Diversos debates preocupan a la cultura contemporánea como el significado del morir y el deber moral de aceptarlo, los avances biotecnológicos y la consideración de una medicalización de la muerte junto a afirmaciones tales como “quiero vivir o morir de otra manera”.

Escuchar no es lo mismo que oír; no solo se distinguen sonidos, se interpreta lo escuchado y se le da sentido a lo que se comparte. La relación médico-paciente revela su naturaleza ética por haber puesto en el centro a la persona; esta relación lleva implícito el mensaje de la comunicación, los gestos, el mirarse... el escucharse, como valor fundante de esta comunicación.

El juramento hipocrático es un compromiso que como médicos asumimos y se vincula con la calidad de la relación terapéutica y su capacidad de acompañamiento, y supone reavivar la necesidad de custodiar la vida humana y su integridad en todas sus etapas.

La enfermedad en una vida signada por los años nos enfrenta, por un lado, a la presencia de una biotecnología que hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, prolongando la vida y retrasando el momento de la muerte; pero también nos presenta la realidad de algunas situaciones clínicas que ignoran la calidad de vida de los enfermos, que muestran la soledad que acompaña sus

vidas, el sufrimiento de sus familiares y el desgaste al que se ven sometidos en algunas oportunidades.

Cuidar a nuestros abuelos

En la simplicidad de lo cotidiano de la vida del anciano, aparecen rostros que han dejado huellas en su corazón con la alegría de lo compartido, pero también pueden aparecer momentos de soledad y angustia, que lo llevan al aislamiento familiar y social.

En el mes de diciembre de 2017, el Papa Francisco difundió un mensaje en el que aseguró que "un pueblo que no cuida a los abuelos y no los trata bien es un pueblo que no tiene futuro", y nos invitó a tenerlos presentes en la oración para que, sostenidos por las familias y las instituciones, colaboren con su sabiduría y experiencia en la educación de las nuevas generaciones.

Como profesionales de la salud, el siglo XXI nos propone un desafío frente al paradigma de lo pragmático y lo indiferente... este consiste en acompañar la ancianidad y ayudar a descubrir el valor de la vida en esta etapa, invitar a nuestros ancianos a participar de una vida espiritual que les permita desarrollar el carisma de la longevidad: la sabiduría, don de Dios que –como dice el salmista– “enseña a calcular los días para adquirir un corazón sabio” (Sal 90, 12).

Bibliografía

Publicado en Revista Cristo Vive N° 211 marzo-abril 2018.

CAPÍTULO VI

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MAYORES DE 70 AÑOS, TAMBIÉN HÉROES DEL SIGLO XXI



El 31 de diciembre de 2019, marcará en la historia de la humanidad, el comienzo de profundos cambios impregnados de dolor y profundo sufrimiento, éstos tendrán su máxima expresión en el sistema sanitario del mundo, con repercusiones en el contexto económico, político y social.

China notificó la detección de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus (COVID-19), siendo los mismos confirmados en varios países de distintos continentes.

Los trabajadores del área de salud, a través de distintas décadas, han enfrentado un porcentaje muy alto de riesgos durante las pandemias, es en los centros asistenciales donde se llevan a cabo el primer frente de ataque contra diversos flagelos, que por épocas han atacado a la humanidad.

Los aplausos que interrumpen el silencio de la cuarentena, intentan ser signos visibles de agradecimiento y ánimo para aquellos que, a pesar del estrés y largas jornadas de trabajo y con conocimiento que esas situaciones llegarán a hacerlos más susceptibles a contraer la enfermedad, son presencia al lado del enfermo.

Pero, además, en esta oportunidad quiero aplaudir y agradecer personalmente a otro grupo de profesionales de la salud, algunos de los cuáles, con las precauciones debidas, también están formando parte de esta primera línea de trabajo en los centros asistenciales, me refiero a aquellos que tienen más de 70 años.

Desarrollar la capacidad ética de discernimiento es actualmente una exigencia, distintos modos de pensar y actuar, nos introduce en un mundo que a veces puede categorizar socialmente la biografía de la persona con una mirada netamente pragmática, llegando a tener notas esenciales de discriminación.

Sabemos que la mejor medida para hacer frente a una pandemia que azota al mundo y marca un estado de emergencia sanitaria mundial, es mantenerse en los límites propios de la cuarentena, límite que también corresponde a los profesionales de la salud mayores de 70 años.

Pero cuando se implementan desde una política de gestión sanitaria, medidas que exigen un permiso obligatorio de circulación, las mismas deben hacerse en un marco de comprensión lógica, atendiendo al principio de autodeterminación personal, que otorga la capacidad de deliberar y actuar bajo la dirección de esa deliberación, ignorarlo es vulnerar el principio ético de autonomía.

Sabemos que los profesionales de la salud, por su formación académica, saben muy bien las medidas preventivas de bioseguridad y llegado el momento están en condiciones de ponerlas en práctica, para resguardo propio y de los demás más allá de la propia edad biológica.

Si se quiere proteger al adulto mayor para garantizar el distanciamiento social de un grupo principal de riesgo, se deben también contemplar medidas que eviten escenas de riesgo frente a lugares para comprar medicamentos o pagar impuestos.

En un estado de derecho, no se puede coartar la libertad individual de grupos vulnerables, sí se deben buscar medidas de asistencia y cuidado, en un marco de justicia que no sólo incluya a adultos mayores sino también a personas jóvenes que por alguna enfermedad son consideradas de alto riesgo, me refiero a aquellas que tienen cardiopatías congénitas, enfermedad coronaria, inmunodeprimidos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabéticos, entre otras enfermedades a considerar.

Son los profesionales de la salud mayores de 70 años, también los héroes del siglo XXI, que han caminado y caminan pasillos de

hospitales, de universidades, de centros académicos, guiados por un espíritu de servicio que más allá de lo técnicamente correcto, han formado su corazón para comprender que muchos de sus pacientes ancianos, no pueden tener a sus seres queridos cerca, que muchos viven solos y una salida para hacer una compra, siempre considerando las precauciones frente a un riesgo, a veces pueden significarles una sonrisa que le puede llevar a cambiar momentos de soledad.

BOLTON, RAQUEL. Publicado en www.medicoscatolicos.org.ar ,_23 de abril del 2020

CAPÍTULO VII

MEDICINA DEL SIGLO XXI Y EL DESAFÍO DE LA DIGNIDAD HUMANA.



Congreso Internacional del Consejo de Ética en Medicina de la Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires, Argentina. 21 y 22 agosto de 2018.

La base de la Bioética es el respeto por la vida y la dignidad del enfermo y éste debe ser centro del acto médico.

Los principios de la Ética Médica se fundamentan en el Principio de Autonomía y su autodeterminación, revelando el respeto por la persona humana como valor fundamental.

El ser humano decide a través de su conciencia y su libertad; en el caso de una patología que las comprometan, la misión de la actividad médica es pensar en el bienestar del paciente y la consideración de su integridad como valor fundante.

El Principio de Beneficencia protege y defiende los derechos de las personas. Detalla las medidas preventivas evitando el daño que pueda ocurrir a otros. Cuando este principio no considerara la opinión del paciente, se incurre en un marcado paternalismo.

Profundizar en el Principio de No Maleficencia y Justicia nos introduce en primer término a la versión en latín “primum non nocere”, que significa literalmente primero no dañar y obligatoriedad en el marco de la justicia de tratar a cada paciente como corresponde, respetando una calidad sanitaria accesible para toda la población de manera equitativa.

La Veracidad e Integridad como principios marcan desafíos para la Medicina del Siglo XXI, sus incorporaciones en el marco bioético evidencian la necesidad de pensar en nuevos abordajes, que tengan en cuenta la mirada integral de la persona humana en situación de vulnerabilidad.

Decir la verdad es un deber y promueve la confianza y la comunicación, siendo necesario el conocimiento de la situación

clínica, para que el paciente pueda hacer uso de su autonomía respecto a consentir un determinado tratamiento y llegado el momento a manifestar su voluntad en forma explícita, mediante directivas anticipadas.

La veracidad implica respetar a los demás y ser fiel al derecho que tiene un enfermo a estar informado sobre su propio estado de salud, los profesionales de la salud deben transmitir información y documentación clínica respetando la dignidad del paciente.

El Principio de Autonomía le permitirá al paciente informarse sobre su estado de salud, procedimientos propuestos y especificación de los objetivos perseguidos, asimismo intervenir en investigaciones en salud, recibiendo información por parte del profesional de la salud quién debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite, evaluando su capacidad y competencia.

Asimismo, expresar su voluntad en forma explícita, posibilita al paciente en el plano de plena autonomía, planificar anticipadamente los cuidados de salud antes de que llegue el momento de una posible enfermedad y el deseo sobre qué cuidados quiere recibir.

El Equipo de Salud debe ser competente desde lo técnico y científico y demostrar competencia desde lo ético y antropológico, ya que el ejercicio de la medicina tiene acto en un hombre que trasciende, intransferible que posee el valor de la dignidad humana.

La enfermedad fractura la integridad (del latín íntegro, totalidad) de la persona, etimológicamente integridad se refiere a unidad intacta, supone además honestidad y rectitud, teniendo implicancias éticas, axiológicas y psicofísicas.

Una mirada ontológica lleva a individualizar la integridad e identidad, como componentes esenciales; un cuerpo enfermo no

debe ser tratado como objeto, pertenece a alguien que merece respeto y se encuentra vulnerable ante una determinada situación.

La investigación científica y la investigación clínica en seres humanos siempre ha planteado al equipo de salud dilemas éticos, la historia evidencia la actividad de investigadores que, privilegiando una fundamentación científica, no consideraron la voluntariedad ni el consentimiento de las personas sujetas a investigación, violando sus derechos y cuidados.

Cambios en el sistema de gestión sanitaria, violaciones a la ética, consideración de los recursos sanitarios en relación a las necesidades de la población y como motivo de violencia en una relación paciente- profesional de la salud, forman parte de algunos desafíos que debieran tenerse en cuenta como primer requisito al evaluar un protocolo desde la mirada técnica y científica.

El desafío de su realización supone la presencia de principios morales y contenidos científicos en el marco de una formación académica, que comprenda los valores éticos y la dimensión de servicio.

Considerar al paciente en forma integral, permite cubrir las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales desde la competencia de un equipo interdisciplinar que acompaña una trascendencia personal.

Pero es necesario que desde un ámbito académico en la formación pre y post grado se acompañe al equipo de salud, una bioética dialogante y pluralista fundamentada en valores y principios puede llegar con competencia y coherencia a responder al desafío que nos presenta los avances de las ciencias biológicas en la Medicina del Siglo XXI.

Mgter. Dra. Raquel Bolton

Bibliografía

Medicina del siglo XXI y el desafío de la dignidad humana.

Participación del Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires:

Presidente Dra. Raquel Bolton.

Vicepresidente Dra. Elena Passo

Publicado en la Página Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires. Lunes 27 de agosto del 2018

<https://youtu.be/gZRC365olo>



Mgter. Dra. Raquel Bolton

Docente. Título otorgado Ministerio de Cultura y Educación. Argentina

Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

Postgrado: Formación en Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas.

Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Magíster en Ética Biomédica. Pontificia Universidad Católica Argentina.

Tema de Tesis: Ecología Humana y Adicciones. Propuesta Pastoral desde una Bioética Personalista Ontológicamente Fundada.

Presidente del Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires. 2017-2021.

Miembro Titular de la Comisión Directiva del Consejo Académico de Ética en Medicina. Academia Nacional de Medicina.

Miembro del Comité de Bioética Hospital "Dr. Teodoro Álvarez"

Miembro del Comité de Ética en Investigación Hospital "Dr. Teodoro Álvarez"

Miembro del Comité de Bioética Clínica San Camilo.

Miembro del Consejo de Redacción. Revista Signo: Área Sectores. Acción Católica Argentina.

Docente en el Instituto de Profesorado en Enfermería "P. Luis Tezza".

Formación Docente en Profesionales de Salud. Clínica San Camilo.

Enfermería- Instrumentación Quirúrgica- Esterilización- Técnico de Laboratorio en Análisis Clínicos - Técnico en Salud Especializado en Psicomotricidad.

Coordinadora de la Comisión Arquidiocesana de Pastoral Hospitalaria. Arquidiócesis de Buenos Aires. 2014-2020

Artículos publicados en:

Sección Bioética: Consejo Superior de Educación Católica. CONSUDEC.

Revista Signo: Área Sectores. Acción Católica Argentina.

Enciclopedia de Bioética. Universidad Católica de Cuyo

Libros publicados:

“Volver al Camino de la Vida” Enfoque Bioético de las Adicciones. DCyM. 2011.

“Adolescencia y Adicciones” Una Mirada desde la Bioética. Santa María 2012.

Una Pastoral de la Salud... en clave Misionera. Edit. Santa María 2014

Premio “Héctor Bergier” 2008, entregado por la Asociación Médica Argentina y Sociedad Argentina de Periodismo Médico, por actividad en Prensa Radial.

Tema: Promover una Cultura de Vida Frente al Flagelo de la Droga”

Mención Especial Premio “Dr. Héctor Bergier” actividad en Prensa Radial. Año 2011. Asociación Médica Argentina y Sociedad Argentina de Periodismo Médico

Mención Especial Premio “Dr. Héctor Bergier” Asociación Médica Argentina y Sociedad Argentina de Periodismo Médico, por Artículo publicado en Internet “Desproporción y Obstinación Terapéutica” publicado en www.encyclopediadebioetica.com

Universidad Católica de Cuyo. Año 2016

Contacto: boltonraquel@gmail.com

ISBN 978-987-86-7357-8



9 789878 673578