

Ética y medicina

I. INTRODUCCION. DERECHOS, DEBERES Y DECISIONES EN EL EJERCICIO MEDICO ACTUAL

BERNARDO SEPULVEDA*

Es evidente que el interés por todo lo relacionado con la ética de la medicina, ha ido en aumento creciente en los últimos tiempos y particularmente durante la década pasada. Este interés creciente se demuestra en múltiples formas: la publicación de numerosos libros y revistas especializadas; los congresos y reuniones sobre el tema; la aparición continua en los periódicos médicos de mayor circulación de artículos dedicados al análisis de los más diversos aspectos de la ética profesional, que sólo por sí mismos forman ya una bibliografía con millares de referencias; la proporción cada vez mayor de expertos en otras ramas, como son los moralistas, teólogos, juristas, sociólogos, filósofos y aun economistas, que han participado y siguen participando en la discusión y aclaración de las complejas cuestiones de la bioética; la creación de centros especializados en la investigación, así como

de comisiones gubernamentales del más alto nivel, para el estudio de estos problemas; y debe agregarse también la intervención de la prensa y de otros medios de difusión, que han contribuido a divulgar, a veces en forma sensacionalista, sucesos, opiniones y debates referentes a la ética del ejercicio médico.

¿A qué se debe este interés creciente por las cuestiones éticas de la medicina, ya no sólo en el ámbito propio de los médicos, sino igualmente en el de otras profesiones y en cierto grado asimismo en el del público en general?

Varias razones, de distinta índole, explican este fenómeno contemporáneo, que indudablemente significa una ampliación considerable de las nociones anteriores sobre la ética de la medicina, al implantarse nuevos conceptos, tales como los derechos del paciente y la medicina social. Al mismo tiempo, este fenómeno contemporáneo, significa la adquisición de nuevas responsabilidades y el planteamiento de nuevos problemas de orden moral en la práctica de la profesión.

Una de las razones más evidentes para explicar tan acelerado desarrollo de la ética médica, es que los notables avances de la medicina han hecho surgir dilemas de difícil solución en muchos casos. Entre

Presentado en el V Congreso de la Academia Nacional de Medicina, el 17 de enero de 1984.

* Académico honorario.

tales avances, figuran el trasplante de órganos, la implantación de órganos artificiales, y los medios para la prolongación artificial de la vida, así como la selección genética que incluye la amniocentesis y el aborto selectivo, para mencionar algunos de los más destacados de esos avances.

Cada uno de los varios dilemas que surgen de la aplicación de los mencionados avances merecería una discusión por separado; pero nos ha parecido que uno de ellos, relacionado estrechamente con los medios para la prolongación artificial de la vida, y que plantea el dilema de la eutanasia, tiene tal relevancia, que lo hemos incluido en el simposio, encargando su presentación al doctor Jorge Soní.

Otra razón para explicar el interés creciente por estas cuestiones, es la participación ya citada de expertos en otras ramas, quienes han considerado que la magnitud y la complejidad de los problemas involucrados, hace necesaria la contribución de disciplinas ajenas a la medicina. Sin negar que la profesión médica, desde el juramento hipocrático hasta la actualidad, se ha preocupado por establecer reglas morales para su ejercicio; y sin negar que la sabiduría y la experiencia acumuladas del conocimiento y de la práctica de la medicina a lo largo de los siglos, deben ser tomadas en cuenta al formular las normas éticas de la profesión, se ha ido formando un consenso general, según el cual la participación de los expertos en otras ramas resulta no solo útil, sino indispensable en la actualidad; y desde luego, en este consenso se incorporan también los médicos estudiosos de las cuestiones éticas.

Por ejemplo, moralistas, filósofos y sociólogos, desde sus puntos de vista, consideran que el juramento de Hipócrates y los diversos códigos de conducta formulados por agrupaciones médicas, son esencialmente un conjunto de directrices pragmáticas para regular el comportamiento del médico con el paciente, sus familiares y con otros miembros de la profesión. Contienen asimismo esos códigos el compromiso de hacer el bien y evitar el mal y de llevar una vida personal honesta. Pero, dicen los expertos, estos documentos recopilan básicamente reglas de etiqueta, con recomendaciones de rectitud en la conducta propia y profesional; y añaden que, aparte de otras limitaciones, estos códigos se reducen a prescripciones sobre el proceder del médico frente al enfermo considerado individualmente.

En consecuencia, según la opinión de los especialistas, estos códigos elaborados por médicos, deben ser completados por otros principios éticos, de los cuales me limito a señalar tres por su trascendencia en el ejercicio contemporáneo de la medicina: el principio de la igualdad de los seres humanos, el principio de justicia para todos y el principio del bien común.

En estos principios se basa, por supuesto, el concepto de la medicina institucional y social, que se agrega en los últimos tiempos al de la medicina

individual, el cual prevaleció durante siglos. El concepto de medicina social, obviamente es uno de los fundamentos del derecho a la protección de la salud, que será presentado en el simposio por el doctor Guillermo Soberón. Pero además, los expertos van más allá en su crítica de los códigos médicos. Insisten en efecto que la ética de la medicina es sólo parte especializada de la ética, definida ésta como disciplina filosófica que estudia la esencia del bien y del mal en la conducta humana, de cuyo estudio derivan los principios substantivos de su doctrina; y, posteriormente, las normas de comportamiento que deben seguirse, o sea las reglas de la moral, como disciplina aplicativa. En este sentido, afirman los especialistas, la Ética es el género y la ética de la medicina es la especie; y agregan que en este caso, como en otros, es preciso guiarse por los principios de la ética universalmente aceptados, evitando el subjetivismo y el relativismo que se deriva de considerar que sólo la profesión médica está capacitada para fijar las normas morales propias de su ejercicio.

Por añadidura, hay todavía otra razón ya mencionada anteriormente, para explicar el creciente interés en la ética de la medicina: el reconocimiento cada vez mayor de los derechos humanos. La defensa de estos derechos, hecha por los propios pacientes y por sus representantes, ha tomado diversas formas, llegando no pocas veces hasta los tribunales. Los derechos del paciente tienen por base otro principio ético, el de la autonomía, que se opone al paternalismo, tan frecuentemente atribuido al ejercicio médico. Y es obvio que dentro de estos derechos individuales figura el derecho a la atención de la salud, que de este modo viene a reforzar el concepto moderno de la medicina social. Este tópico de los derechos del paciente, es el que me ha sido encomendado para su presentación.

Queda sólo por aludir a otro de los temas esenciales que hemos incluido en nuestro simposio: el de los dilemas éticos relacionados con la procreación. Aquí, como en el caso del derecho a la atención de la salud, se entremezclan principios de orden individual con otros de orden social.

En efecto, este capítulo incluye decisiones sobre el aborto, la experimentación fetal, el control genético y la regulación de la natalidad, en donde se invocan los principios de autonomía de la mujer y de la pareja, el principio de no hacer mal y el principio del bien común, éste último como es evidente, invocado en el caso de que el crecimiento excesivo de la población fuera en detrimento del bienestar de la comunidad. Este tópico relativo a las decisiones sobre la procreación, será desarrollado por el doctor Carlos MacGregor.

Todo lo anteriormente dicho, sirve como antecedente para la presentación de los cuatro temas, que dentro del extenso campo de la ética en la medicina, se han escogido para integrar el presente simposio.

Al seleccionar estos temas, hemos tomado en

cuenta, por una parte, que cada uno de ellos involucra principios éticos universalmente aceptados, así como la sabiduría médica acumulada hasta el presente; y por otra, que cada uno de estos temas tiene un interés individual y colectivo de gran relevancia en la actualidad. Creemos que por ello, son representantes bien destacados dentro del extenso temario de la ética médica; y aun cuando la brevedad del tiempo sólo permitirá una presentación sucinta, pensamos que la Academia cumple una de sus importantes funciones al promover el examen de temas relacionados con la ética, examen que deberá mantenerse de manera permanente en el futuro.

Por cuanto a la selección de los participantes en el simposio, no quisiera ofender en público su modestia, enumerando los merecimientos que justifican ampliamente el haber sido escogidos para desarrollar el temario; pero, además, considero superflua tal enumeración, puesto que su categoría de autoridades en los temas asignados, acredita sobradamente su intervención. En cambio, sí quisiera dejar constancia, a nombre de ellos, de nuestro agradecimiento a la mesa Directiva de la Academia y al Comité de Programa del Congreso, por su honrosa invitación a participar en el mismo, y a todos ustedes, anticipadamente, por su amable atención.

II. LOS DERECHOS DEL PACIENTE

BERNARDO SEPULVEDA

Aún cuando el derecho a la salud, concebido como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, quedó establecido desde 1946 en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, los derechos del paciente representan un concepto nuevo, cuya primera aparición puede situarse en la década de los setentas. Seguramente, procede de las nociones actuales sobre los derechos humanos en general y tiene su raíz en las ideas modernas de política liberal, de progreso social y de respeto a la persona humana.

Como consecuencia de la admisión de este concepto, se han originado ciertos cambios en los principios y en la práctica de la ética de la medicina, que fueron mencionados de paso en la introducción al simposio. En esencia, estos cambios significan por una parte, la demanda de mayor información y mayor participación del paciente, de sus deudos y de

sus representantes, en las decisiones concernientes a su salud; y por la otra, significan mayores obligaciones y responsabilidades correlativas para la profesión médica. La principal diferencia que conlleva el nuevo concepto con los preceptos de la moral hipocrática, estriba en que el paciente, de receptor pasivo del servicio médico, se convierte de acuerdo con estos cambios, en participante activo del proceso; y debemos admitir que aún la expresión "derechos del paciente" y el lenguaje derivado de la misma, resultan novedosos en el ámbito de la profesión, donde ha predominado la actitud de paternalismo benévolo del médico, a quien correspondería tomar todas las decisiones que afectan al enfermo.

Como ya se dijo también en la introducción, este y otros nuevos conceptos de la ética médica, extienden y profundizan considerablemente las normas tradicionales de la conducta profesional; y requieren tomar en cuenta para su aplicación, no sólo el conocimiento constantemente actualizado de los aspectos científicos y éticos de la medicina, sino también actitudes y comportamiento concordantes, así como determinadas cualidades personales. Ciertamente es que muchos de estos requerimientos ya eran exigencias tradicionales de nuestra profesión; pero no menos cierto es que ahora, los deberes en este campo son más numerosos y de más difícil cumplimiento.

Conviene insistir en que los derechos del paciente como individuo se entremezclan con los principios éticos de la medicina social; y en que tales derechos figuran actualmente, de manera implícita o explícita, en la mayor parte de los dilemas morales que confronta el médico en el ejercicio contemporáneo; y desde luego, están presentes, de una o de otra manera, en los temas escogidos para este simposio. Pero hay situaciones en que esos derechos aparecen en forma más notoria; y solo para ejemplificar, voy a citar algunas de ellas.

El derecho a la información veraz

En la medida en que el público, por diversos medios, ha ido adquiriendo nociones sobre los avances en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades, el derecho a conocer la verdad se ha ido ejerciendo con frecuencia creciente; y éste es otro de los muchos casos en que ha tenido que modificarse la actitud paternalista del médico, según la cual sólo él decidiría sobre la información proporcionada al enfermo. Por otra parte, tiene que aceptarse que, como principio ético, es un deber del médico decir la verdad sobre su estado al paciente y a sus deudos, aún en el caso de no ser interrogado expresamente. Sin embargo, este deber impone obligaciones adicionales, la primera de las cuales es no hacer daño con la información proporcionada. Decía el maestro Chávez que en el caso de padecimientos graves o incurables, la verdad debe administrarse "con la misma prudencia con que se administra una droga peligrosa". No se

trata de engañar al paciente; se trata de evitar el riesgo de herirlo con la expresión de una realidad dolorosa, que la gran mayoría de las veces no está preparado para enfrentar. La franqueza brusca y la forma repentina de dar malas noticias sobre el diagnóstico y el pronóstico, no tienen lugar en la relación humana con el enfermo. El médico tiene el deber moral de tomar en cuenta la personalidad y las condiciones particulares de cada paciente, para proporcionarle la información que requiera de manera tal, que sin faltar a la verdad, no le infiera un probable perjuicio. De este modo, el médico acata dos derechos del paciente: el de conocer la verdad y el de no recibir daño.

El derecho a la atención médica basada en el mejor conocimiento científico

También en la medida en que han llegado al conocimiento público los progresos espectaculares de la medicina actual, el paciente y sus deudos solicitan la atención médica esperando obtener la solución a todos sus males. La esperanza, desgraciadamente, es muchas veces infundada; pero lo que sí representa un auténtico derecho, es que el enfermo reciba los beneficios de los avances continuos de la ciencia médica, incluso de los más recientes.

Este derecho indiscutible del paciente, lleva consigo un deber correlativo del médico: el de mantener constantemente actualizada su preparación científica y técnica. Y aquí cabe citar nuevamente al maestro Chávez, quien decía con frecuencia que "el saber es la primera obligación del médico, su máximo deber moral". Y agregaba: "Privar a un enfermo de un tratamiento eficaz o de una intervención quirúrgica oportuna que pudiera salvarlo, por un desconocimiento burdo del diagnóstico o de la terapéutica, es un acto inmoral, que además implica responsabilidades ante la propia conciencia, ante la sociedad y ante la ley".

A pesar de la dificultad que se deriva del crecimiento explosivo de la ciencia y de la técnica, el médico debe afanarse por mantener actualizado su saber, recurriendo sin descanso a los diversos medios, cada vez más eficaces, que forman parte de los sistemas de educación continua. Pero no sólo esto, el médico debe aceptar la necesidad de someter a evaluación periódica su caudal de conocimientos, ya sea mediante procedimientos de autoevaluación o por medio de valoraciones realizadas por otros métodos. Y aun más, lo que parece menos fácil de admitir: debe aceptar la necesidad, que puede llegar a tener un carácter legal, de recertificación periódica de su capacidad para continuar el ejercicio profesional. Estas normas, que vienen a sacudir por su base la práctica tradicionalmente individualista de la medicina, tienen dos justificaciones: una, estimular al médico para que mejore continuamente su preparación; y la otra, garantizar a la sociedad el manteni-

miento de su aptitud profesional, de acuerdo con el acelerado avance de la ciencia.

El derecho a la atención médica basada en una relación interpersonal humanística

En el mismo rango que el derecho del paciente a la atención médica de la mejor calidad científica, viene el derecho a que esa atención tenga atributos que caracterizan el humanismo en la medicina.

Al humanismo en la medicina le caracteriza, además de las cualidades personales de honestidad y rectitud, por la integridad profesional, el respeto a los derechos del paciente y por la comprensión y simpatía del médico hacia su estado, unidas a un genuino deseo de aliviar su sufrimiento y el de sus familiares.

Correlativo al derecho de atención humanística, está el deber del médico de establecer y fomentar la relación interpersonal directa y afable con el paciente, que permita fincar la necesaria comunicación, a base de franqueza y de confianza recíprocas. Esto es lo que se ha sintetizado con el nombre de relación médico-paciente, elemento esencial en el ejercicio de la medicina.

La relación médico-paciente así comprendida, está pasando por una verdadera crisis, resultante de varios factores bien conocidos. Entre ellos, debe mencionarse la especialización, cuando se orienta indebidamente a la visión estrecha de un segmento aislado de la persona humana. Debe mencionarse también el abuso de los recursos tecnológicos en el estudio de los enfermos, que tiende a mecanizar la atención médica, así como la intervención de varios profesionales en el cuidado de un mismo enfermo, lo que diluye la relación personal; y debe mencionarse asimismo, el desconocimiento del importante papel que desempeñan las causas psíquicas, en el origen y la evolución de muchos padecimientos. Pero, indudablemente, la crisis más grave en la relación médico-paciente se registra ahora en la medicina institucional, en donde a los factores señalados se agregan otros más, dependientes sobre todo de serios defectos, tanto en la educación profesional, cuanto en la organización y funcionamiento de los servicios médicos, particularmente en países como el nuestro.

La carencia de atributos humanísticos en la atención del enfermo, que lleva consigo la pérdida de la relación médico-paciente, y que ha conducido a la tantas veces invocada "deshumanización de la medicina", es problema de difícil solución. No obstante, todos los esfuerzos por resolverlo están plenamente justificados, ya que a pesar de los grandes adelantos contemporáneos, el ejercicio de la medicina será siempre incompleto, y desde luego incurrirá en faltas a la ética, si el conocimiento científico no va unido a la estrecha vinculación humana entre el enfermo y su médico.

Los tres ejemplos anteriores, citados sólo como

ilustración, forman parte de una lista de derechos del paciente, que incluye otros más, de no menor significación. Uno de los que han recibido mayor atención, es el derecho de la persona a ser informada adecuadamente, en el caso de que se pretenda incluirla en un proyecto de investigación clínica. Este derecho exige, como es bien sabido, la existencia de un documento firmado, con la plena autorización del paciente, que se denomina "consentimiento informado". Sobra decir que el paciente tiene pleno derecho a rechazar la propuesta de participar en la investigación, así como a retirarse del estudio en el momento que quiera. Otro derecho indiscutible es el de recibir información adecuada sobre cualquier procedimiento de diagnóstico o de tratamiento que se pretenda aplicar, y por supuesto, el de negar su consentimiento para llevarlo a cabo.

Y así podría continuarse la lista, que comprende otros derechos, demostrando la importancia actualmente concedida al tema, que ha dado lugar, entre diversas acciones, a la expedición del Código de los Derechos del Paciente por la Asociación Americana de Hospitales en 1972, así como de otros documentos semejantes aparecidos posteriormente.

Todo lo anterior tiene el propósito de subrayar la emergencia de nuevas normas en lo que concierne a los derechos del paciente y a los deberes correlativos del médico, que representan cambios en los conceptos sobre la ética de la medicina. Con todas las modificaciones que implican en los conceptos tradicionales, es preciso tomar en cuenta tales normas, como reformas y adiciones a los patrones antiguos del ejercicio profesional, sin perder nunca de vista que la aplicación del conocimiento científico debe estar inseparablemente unida a las indicaciones de los principios éticos correspondientes.

III. EL DERECHO A LA SALUD

GUILLERMO SOBERON*

El concepto de ética médica, tema que ha suscitado el interés de los profesionales de la medicina desde tiempos inmemoriales, ha connotado, fundamentalmente, principios y conductas concernientes a la práctica de la atención médica. Más todavía, se ha referido sobre todo, a la acción médica al calificar lo correcto o incorrecto del trabajo realizado por los profesionales de la medicina y dejar de lado, en términos generales, el análisis de las actitudes y la conducta de los enfermos. En ese sentido se inscriben

las preocupaciones relativas a la certificación de la muerte, la prolongación artificial de la vida, diversas indicaciones terapéuticas médicas y quirúrgicas, la interrupción del embarazo, y la inclusión de seres humanos en proyectos de investigación científica, entre otras cuestiones. Las normas que han emanado de los encendidos debates que sobre tales tópicos han tenido lugar a través de los años, han sufrido modificaciones en función de la evolución social, de la creciente complejidad del desarrollo tecnológico, así como del sentido que van tomando los principios morales que prevalecen en una sociedad.

Como resultado de lo anterior y dentro de las normas que rigen el cuidado de la salud ha surgido, con fuerza propia, un aspecto singular que debe enclavarse en la ética médica: el derecho a la salud. Derecho que involucra, como protagonista directo, al usuario de los servicios de salud y que es considerado como uno de los derechos fundamentales del ser humano. Así se establece dentro de los postulados fundamentales de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, y así se ha expresado en la vida social de múltiples naciones.

Tanto por la iniciativa de los gobiernos que buscan una más amplia cobertura social, cuanto por las demandas de los ciudadanos, cada vez con mayor capacidad para organizarse en grupos específicos, el derecho a la salud ha sido invocado en diversos foros y circunstancias de modo que este reclamo ha adquirido, paulatinamente, un nivel superior. Esto ha llevado al punto que, en diversas formas, doce países, entre ellos México, le han dado un sesgo constitucional. En nuestro país, el Presidente de la Madrid propuso al Cuerpo Legislativo la constitucionalización de este derecho que quedó elevado al carácter de garantía constitucional el 3 de febrero del año pasado.

Es pertinente, en este punto, señalar la reciente aparición del libro *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*, en el que aparecen ensayos de Díaz Alfaro, Zertuche, Kaplan, Ruíz Massieu, Laguna, Valadés, Rocha Bandala, Manterola, Rodríguez Arizmendi e Izundegui.

Los últimos cincuenta años han sido testigos de importantes progresos en los niveles de salud de la población de nuestro país. Así, la esperanza de vida, la mortalidad general, la mortalidad infantil y la mortalidad materna, pueden citarse como ejemplo de indicadores que han presentado francas mejorías.

Nadie puede, en la actualidad, negar la íntima relación entre el nivel de salud de una sociedad y el nivel de bienestar, el grado de saneamiento ambiental, la dotación de servicios básicos, la calidad de la vivienda, el acceso a la educación y la distribución del ingreso. La salud de un grupo es, en este sentido, causa y efecto del desarrollo; requisito y premisa básica de cualquier proyecto que pretenda garantizar la justicia social.

* Académico titular. Secretario de Salubridad y Asistencia.

Si bien es cierto que los avances son importantes, aún no podemos estar satisfechos. Todavía existen marcadas desigualdades en la disponibilidad, en la accesibilidad y en la calidad de los servicios asistenciales. Aún se dan ejemplos de duplicación innecesaria en la oferta de los servicios; y todavía no ha sido posible ofrecer a la totalidad de la población nacional, un programa de mínimos de atención a la salud. Frente a estas deficiencias, hemos de poner nuestro mejor esfuerzo y comprometernos a diseñar, y probar, fórmulas que busquen la incorporación al desarrollo de los grupos rezagados, así como la mejoría en la salud de las mayorías. Para hacerlo, habrá que regresar a los elementos doctrinarios de conceptos como justicia, igualdad y desarrollo. Una sociedad plena debe aprender a ser y no sólo tener; debe buscar el desarrollo del potencial de los individuos y no la acumulación de bienes materiales o el dominio de otras sociedades.

Al hablar de ética médica y derecho a la salud, surgen una serie de interrogantes sobre las que conviene reflexionar. Enseguida, trataremos de elaborar algunos argumentos en torno a aquellas preguntas que con frecuencia se formulan: ¿Por qué incide en la ética médica el derecho a la salud? Ya que toda persona tiene derecho a disfrutar de un estado conveniente de salud deben buscarse los medios, por quienes tienen la responsabilidad de proveerlos, para que se alcance ese desiderato. En consecuencia existe una responsabilidad para actuar en beneficio de alguien. Cumplir con ello es correcto, no hacerlo es incurrir en falta. Puesto que, en parte, la atención a la salud es un recurso para restablecer la salud quebrantada o para prevenir el daño, el derecho a la salud se inscribe en el área de la ética médica y en virtud de que toda persona tiene ese derecho, se constituye entonces en garantía social.

¿Cuál es la diferencia entre las garantías individuales y las garantías sociales que abarca la Constitución Política? Las primeras corresponden fundamentalmente, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad jurídica y la justicia. El gobierno se compromete a respetarlas; no tiene que hacer nada para cumplir con este cometido. Es más, hay quienes sostienen que su reglamentación no es deseable porque se corre el riesgo de limitar esas libertades e invadir la esfera de los gobernados.

Por el contrario, en el caso de las garantías sociales que comprenden básicamente el derecho a la educación, al empleo, a la vivienda y ahora a la salud, el Gobierno debe programar sus esfuerzos y promover los del sector social y los del sector privado para hacer efectivos tales derechos. Es decir, la consagración de las garantías sociales en la Constitución de la República establece un claro mandato que obliga al Gobierno a asumir el compromiso de proveer lo necesario para su cumplimiento. Se le impone una obligación *de hacer*. En otras palabras, debe actuar, pues de no hacerlo, no sería posible

garantizar los derechos sociales. Esta situación, precisamente, es la que determina la transición de un estado de derecho a un estado social de derecho.

Las garantías individuales parten de una idea de filosofía política (que los hombres son radicalmente iguales) y las garantías sociales se cimentan en una idea de filosofía política distinta pero complementaria (que existen desigualdades entre los hombres que sólo podrían disminuirse mediante la acción estatal). Así entonces, los escépticos, cuyas voces se alzaron para señalar la imposibilidad actual del Gobierno para garantizar el derecho a la protección de la salud, tienen que comprender que lo que al Estado le corresponde, una vez aceptado el compromiso que a sí mismo se impone como consecuencia de recoger y dar satisfacción a un reclamo popular, es instrumentar acciones programadas para que todos los mexicanos puedan tener acceso a los servicios de salud. Esa es la meta que se ha definido y que se propone alcanzar a la mayor brevedad posible, aún en tiempos de apremio económico.

¿Qué diferencia hay entre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud? Aunque parezca trivial no es ocioso destacar que el derecho a la salud permanece en el campo de lo utópico pues nadie puede sustraerse en forma absoluta a los efectos del ambiente, de la herencia o de los estilos de vida prevalentes. Lo que sí es posible es poner en práctica medidas preventivas o de saneamiento ambiental para disminuir los riesgos de enfermedad o actuar de manera concreta para restaurar la salud perdida. Por eso es más apropiado hablar del derecho a la protección de la salud que es la forma en que se introdujo en nuestra Ley fundamental.

¿Es posible aceptar el compromiso de garantizar el derecho a la protección de la salud? El alcance del mismo tiene que ser ponderado. Ningún país, ni aún los más desarrollados, está en posibilidades de brindar todos los beneficios de la medicina actual a la totalidad de sus nacionales. Se trata de poner en disponibilidad de toda la población lo que se ha dado en connotar como los servicios básicos de salud. Por cierto que hace varias décadas, cuando empezó a tomar cuerpo el concepto de derecho a la protección de la salud, se aceptaron, por ser lógicos, los recursos que corresponden al dominio de la salud pública que aplican a la colectividad y los de la asistencia social que tiene que ver con la protección de los grupos vulnerables — niños, ancianos, minusválidos, menesterosos — mas no se consideraban los que atañen a la atención médica que se refieren al cuidado del individuo. La situación ha cambiado desde que los servicios de salud se han sistematizado por niveles de atención pues la atención primaria a la salud se ha conformado como la estrategia fundamental para lograr la aspiración de alcanzar "salud para todos". En nuestro caso, la Ley General de Salud, recientemente aprobada, ha caracterizado como servicios

básicos las acciones de atención médica primaria, las inmunizaciones, la planificación familiar, la atención materno-infantil, la promoción del mejoramiento de la nutrición, la atención a la salud mental y la prevención y control de las enfermedades bucodentales.

¿A quién corresponde hacer efectivo el derecho a la protección de la salud? Por lo antes expresado se puede comprender que el derecho a la protección de la salud constituye una garantía que sólo el Estado puede cumplir. El avance de las conquistas sociales y la conciencia cada vez más arraigada de la impostergable necesidad de caminar hacia una sociedad igualitaria justifica que ese derecho humano sea una garantía social. No quiere decir esto, desde luego, que el Estado sea el único protagonista. Qué duda cabe que los esfuerzos que se dan en los sectores social y privado son de la mayor importancia. Sabemos que en México, a nivel de todos los estratos sociales, los servicios privados de la medicina cubren de un 10 a un 30 por ciento de la atención demandada. Pero aún en esta parte, el papel del Estado es primordial para coordinar e impulsar las acciones de salud de los sectores social y privado.

Habida cuenta que, como ya fue señalado, la salud depende en gran parte de acciones inherentes al desarrollo socioeconómico, se comprende el papel primordial del Estado en el proceso de garantizar el derecho a la protección de la salud. Más altos niveles de educación, estado nutricional adecuado, una vivienda decorosa, empleo estable, disponibilidad de agua potable y drenaje, en fin, un ambiente adecuado, son aspectos fundamentales y ligados a un más alto nivel de salud. De aquí que los programas del Gobierno son los que pueden aportar los distintos elementos que concurren en dar cumplimiento al mandato constitucional. Sin embargo, no debemos caer en la conclusión simplista de que pugnar por un mayor desarrollo socioeconómico resuelve automáticamente el problema de la salud. Podemos llegar más pronto y por caminos menos erráticos si nos apegamos de manera directa al impulso de los programas sociales; la aplicación de tecnología adecuada, de la que ya disponemos, puede facilitar que se alcancen más rápidamente las metas que, en otros países y en otros tiempos, se lograron con más penosos esfuerzos. En buena hora que aún en tiempos de crisis, en México se hayan considerado prioritarios los programas sociales y, entre ellos, los de salud.

¿Por qué la participación comunitaria destaca como un elemento fundamental para el propósito de garantizar el derecho a la salud? Es aquí donde cobra plena presencia el gran recurso de la educación para la salud. La comunidad debe estar informada sobre las características sobresalientes de las enfermedades que le aquejan con mayor frecuencia y de los principales medios para contender con ellas, así como también de las formas para promover y acrecentar su

salud. También debe conocer cómo hacer uso de los servicios públicos de salud y lo que puede esperar de ellos. De esta manera se protegerá mejor y podrá constituirse en un celoso guardián para que esos servicios sean de la mejor calidad posible. Así pues, la sociedad al involucrarse en el cuidado de su salud, contribuye sustancialmente a que los propósitos de garantizar el derecho a la protección de la salud puedan ser alcanzados.

¿Cómo es posible alcanzar salud para todos? El gran instrumento que se ha diseñado para garantizar el derecho a la protección de la salud es la consolidación de un Sistema Nacional de Salud eficaz y congruente con nuestras características, limitaciones e idiosincrasias. En verdad que hay amplio espacio para organizarnos mejor y utilizar de manera óptima los recursos que nos hemos allegado pero también es cierto que merced a los esfuerzos continuados de diferentes gobiernos ha sido posible fincar una infraestructura de servicios de salud de considerable importancia. Debe iniciarse una etapa de utilización más racional de esa infraestructura. Tenemos pues, en nuestras manos las armas que nos colocan en la situación de asegurar que no perseguimos un imposible.

Tres estrategias son las que nos llevarán a hacer funcionar los servicios de salud como un sistema coherente:

a) *La sectorización.* Representada por la interpretación programática de las instituciones que imparten servicios públicos de salud, con la Secretaría de Salubridad y Asistencia como coordinadora del Sector que incluye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, a los Institutos Nacionales de Salud (Hospital Infantil, Cardiología, Nutrición, Cancerología, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría, Enfermedades Respiratorias, Pediatría y Perinatología), el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil. Además, el sector comprende los programas de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en virtud del agrupamiento por programas y funciones ahora previsto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Hay diferentes instancias de organización sectorial:

— Los grupos interinstitucionales de salud que incluyen 3 básicos (Programa sectorial, evaluación e información) y 15 sobre problemas específicos de salud (mínimos de atención, planificación familiar, rehabilitación, educación para la salud, materno-infantil, medicina preventiva, recursos humanos, investigación, salud ocupacional).

El Consejo de Salubridad General cuyas atribuciones han sido ampliadas y cuya composición se ha adecuado para que participe en la planeación de la salud.

El Gabinete de Salud, en donde se abordan los puntos de contacto con otros sectores de la Administración Pública.

Otro instrumento que contribuirá a dar impulso al proceso de cumplimiento de la garantía constitucional es la planeación como proceso racionalizador del uso de recursos para la obtención de los objetivos y las metas que establece la Constitución de la República. Así, la Ley de Planeación previene que el Plan Nacional de Desarrollo es referencia para el Programa Sectorial de Salud que elabora la Secretaría de Salubridad y Asistencia y ésta, a su vez, es referencia para los programas de cada institución.

b) *La descentralización.* Proceso que concluirá cuando el Distrito Federal y el resto de las entidades federativas se responsabilicen de la operación de los servicios de salud destinados a la atención de la población abierta, conservando la Secretaría de Salubridad y Asistencia las facultades de normar, planear y evaluar dichos servicios. Así, en cada entidad federativa los servicios de salud a cargo de las instituciones de seguridad social y los que atienden a la población abierta, operados por los gobiernos estatales y del Distrito Federal, podrán integrar programáticamente sistemas locales de salud. La acción coordinadora de la Secretaría asegurará la necesaria coherencia para el funcionamiento de un sistema nacional de salud sin perjuicio de que, en cada caso, se recojan las peculiaridades en la problemática de la salud y en las posibilidades para instrumentar acciones.

c) *La modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que pueda asumir la función de coordinadora del sector.* La modernización se compone de tres etapas: la reordenación de las funciones de regulación y apoyo ya realizadas en septiembre de 1983; la reordenación regional para establecer un vínculo entre las actividades centrales y los servicios estatales de salud; y la reordenación de las funciones sustantivas. Ello permitirá un deslinde entre lo que significa operar los servicios y establecer la norma a la que se sujetarían éstas. Las dos últimas etapas se llevarán a cabo en el presente año.

La sectorización, la descentralización y la modernización son estrategias y, por tanto, muestran un claro carácter instrumental. Son estrategias que tienden a la consolidación de un Sistema Nacional de Salud eficiente que pueda realizar los objetivos que le señala la Ley General de Salud: La ampliación de cobertura, la elevación de la calidad de los servicios, la planificación familiar para lograr un desarrollo demográfico armónico, la protección de grupos vulnerables, el cuidado del ambiente en su relación más directa con el estado de salud, la formación de

recursos humanos, el desarrollo familiar y comunitario y la modificación de patrones culturales adversos a la salud.

¿Es viable que en un tiempo razonable se alcance el objetivo de salud para todos? La Organización Mundial de la Salud formuló el Programa "Salud para Todos en el Año 2000" suscrito por 157 países, entre ellos México. Se ha visto a nivel internacional que es posible alcanzar esta aspiración si como "salud para todos" entendemos un estado razonable que haga posible una vida digna y adecuada, lo que traducido en indicadores de salud significa lo siguiente:

- Aumentar a 70 o más la esperanza de vida al nacer.
- Disminuir la mortalidad infantil a menos de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos.
- Disminuir la mortalidad pre-escolar a menos de 2.4 defunciones por cada mil niños de 1 a 4 años de edad.
- Proporcionar servicios de inmunización al 100 por ciento de los menores de un año contra difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis.
- Proporcionar inmunización antitetánica al 100 por ciento de las embarazadas en áreas donde el tétanos neonatal es endémico.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud al 100 por ciento de la población.

Tomando en cuenta lo que ya se invierte en salud en nuestro país, lo que habrán de redituar los esfuerzos de coordinación que se han iniciado en cuanto a la mejor utilización de los recursos, y la actitud del Gobierno que ha otorgado prioridad a los programas sociales, entre ellos la salud, se puede llegar a la conclusión de que sí es factible garantizar el derecho a la protección de la salud.

Termino reiterando que este es un compromiso que atañe a la sociedad entera. Así, funcionarios gubernamentales, prestadores de servicios de salud y usuarios de los mismos, debemos compenetrarnos de nuestra responsabilidad en el campo de la salud, identificar los obstáculos y redoblar nuestro entusiasmo para superarlos.

El derecho a la protección de la salud, por último, representa obligaciones para todos los protagonistas. Es por ello que este derecho es contenido de la ética médica y de una nueva ética social.

IV. DECISIONES SOBRE EUTANASIA

JORGE SONI*

Los logros obtenidos en el campo de la tecnología, la extraordinaria mejoría de la atención hospitalaria que se deriva de estas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los procesos súbitos, que hasta no hace mucho conducían a la muerte, han generado situaciones que obligan a un nuevo enfoque acerca de la forma de tratar a los pacientes, víctimas principales de estas circunstancias, así como a las víctimas secundarias, que son los familiares.

Es posible en la actualidad prolongar la vida de un ser en calidad de vegetal durante muchos años. Lo hemos vivido y padecido muchos de nosotros. Esto ha sido condicionado y limitado casi exclusivamente por la capacidad económica del paciente o del Estado. Este fenómeno es injusto, inhumano, egoísta y, a mi manera de ver, falto de compasión y caridad.

El momento de morir debe ser escogido por el individuo. Sólo él sabe las necesidades físicas, económicas y morales que causa a su familia. Esto que se dice fácilmente es difícil de aceptar y de expresar en terminología jurídica, en tanto cuanto puede haber repercusiones a terceros.

La ciencia médica actual se enfrenta a decisiones extremadamente difíciles y graves al tratar a individuos que de antemano sabemos que están irremediablemente condenados a morir. Sabemos que someterlos a equipos y medidas de sostén, tales como respiradores, hemodializadores, etc., implica un problema muy serio. El paciente puede requerirlos en forma permanente. La decisión para suspender el uso de estos equipos en estos pacientes es sumamente difícil para familiares, médicos y el personal que atiende al paciente. Estos tratamientos son empobrecedores, las más de las veces para la familia, la cual se ve obligada a sostenerlos sin tener idea de la duración ni de cuánto se verá obligada a cubrir por los altos costos de este tipo de atención médica.

Mucho se ha discutido acerca de cuál debe ser la conducta ética ante procesos irremediables. Surgen siempre quienes citan como regla el *primum non nocere* atribuido incorrectamente al juramento hipocrático. En la realidad, esta máxima figura en un escrito de Hipócrates, que se titula *Epidemias*, en el cual recomienda que al tratar a un paciente, si se ignoraba o se desconocía el mal y por lo tanto cómo tratarlo, recomendaba no intentar tratamientos que pudieran ser perjudiciales por no estar indicados.

Debe uno preguntarse ¿el prolongar la vida de una persona víctima de un mal irremediable, que le produce sufrimiento, no es lesionarlo en forma indirecta?

En 1969 se presentó ante el Parlamento Británico el acta de Eutanasia Voluntaria, la cual tiene el propósito de administrar eutanasia a las personas que lo requieran por tener un mal irremediable y para estos fines solicitan la inducción de la muerte en forma indolora. El acta dice:

"...Si en algún momento fuere víctima de una enfermedad grave o de una lesión que dentro de lo razonable se juzgue irremediable y que cause malestar serio o me obligue a ser incapaz de tener existencia racional, pido que se me administre la eutanasia en el momento que lo solicite o si no me es posible tomar la determinación, confiando en la buena fe y la ética de mi médico, cuando él lo juzgue conveniente. En caso de presentar las condiciones antes mencionadas pido que no se me apliquen medidas que prolonguen mi vida o me vuelvan a la conciencia. Esta declaración debe respetarse a menos de que yo la invalide, lo cual puedo hacer en cualquier momento.

Debo hacer constar que tengo confianza en la buena fe de mis familiares y de mis médicos; temo más a la degeneración y la indignidad que acarrea la enfermedad, que a la muerte prematura...".

Fletcher opina que esta manera de pensar es correcta "por el derecho que tiene el ser humano para tener control inteligente sobre la naturaleza física, en lugar de someterse sin pensar en los embates ciegos de la naturaleza. El control de la muerte, al igual que el control de la natalidad es un problema de dignidad humana".

Es en los momentos finales, que pueden ser días o semanas, cuando debe uno pensar en la calidad de la vida.

Quienes estamos en favor de la eutanasia nos basamos en la compasión y la responsabilidad. La responsabilidad es hacer de uno el sufrimiento de nuestro paciente. La compasión es tratar a nuestro enfermo como deseamos se nos trate, cuando estemos en el mismo trance.

¿Qué es lo que justifica o inspira la eutanasia? Ante esta pregunta tiene el médico que meditar y referirse a los principios de comprensión y compasión para los pacientes en estado terminal. Compasión para aquellos que son presos de un mal irremediable, generador de dolor constante e incontrolable. Comprensión ante los procesos asociados con la dignidad humana. Cuando nos referimos a la compasión, lo hacemos pensando en la falta de caridad o humanidad de mantener con vida a un paciente, con pérdida de control de sus funciones vitales, o con dolor constante, o con imposibilidad de manifestar su voluntad a los demás. Las razones que validan la

* Académico titular. Director. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

compasión se basan en la decisión personal acerca del momento en que se desea dejar de vivir. El paciente no debe ser sujeto a un tratamiento al cual no se le ha consultado.

Quienes no creen en el derecho a la eutanasia, piensan que es una violación de la teoría judeo-cristiana de no ser dueños de nuestro destino y, por lo tanto, el médico debe ordenar la aplicación de las técnicas que le prolongarán la vida. Quienes estamos en favor de la eutanasia invocamos el hecho de que los pacientes involucrados están condenados a morir, su muerte debe ser lo menos penosa posible y solamente pueden depender de alguien, de un médico, quien por sus conocimientos pueda acortar la vida y permitirle dejar de existir con el mínimo de sufrimiento. No debe existir una diferencia entre dejar de aplicar técnicas o sistemas que prolonguen la vida o formas directas de acortarla. Sabemos que a éstas las sanciona la Ley y pueden ser consideradas como actos criminales. Debe uno preguntarse qué es criminal, ayudar a un ser querido a que deje de sufrir; o el temor a sufrir una pena corporal y permitir que una criatura estimada, un amigo o un semejante permanezca semanas, meses y aun años, perdiendo su dignidad, atormentado por el dolor, mutilado por la enfermedad.

En los momentos actuales el médico debe estar consciente de lo que implica prolongar la vida de un paciente. Si existe una probabilidad razonable de que sobreviva a una enfermedad, todo está justificado. Si se está consciente de que no va a sobrevivir y que no hay manera de saber cuánto tiempo estará vivo mediante técnicas y tratamientos de alta especialización, debe pensarse lo que significa en dolor para el paciente y en depauperización para la familia. Debe pensarse que este alto costo puede ser empleado en tratar a varios pacientes, afligidos por procesos curables y cuya recuperación significa que pueden ser útiles económicamente para sus familias y para el país.

Nuestro paciente que irremediamente va a fallecer debe ser tratado con el mínimo de medidas que le prolonguen la vida. Con el máximo de medidas que le permitan estar cómodo, aun cuando signifiquen dosis tóxicas de agentes tranquilizantes y analgésicos. El mínimo de estudios dolorosos. Ningún estudio doloroso para fines académicos o que sirva exclusivamente para tener la seguridad diagnóstica. No permitir maniobras de resucitación. No efectuar análisis o estudios para fines de conocer el progreso del proceso.

Tratar a nuestro paciente como deseamos nosotros ser tratados.

V. DECISIONES SOBRE LA PROCREACION

CARLOS MAC GREGOR*

Es obvio que la ciencia que es eminentemente descriptiva se basa en la teoría. Que su validez depende de estudiar lo posible o probable; en tanto la ética que es eminentemente prescriptiva por depender fundamentalmente de su justificación, se basa sólo en lo improbable. Para que se hable de moralidad es indispensable que se tengan alternativas de decisión.

En medicina los derechos constituyen el reconocimiento formal por parte de la sociedad de necesidades humanas y como las necesidades son cambiantes, se debe aceptar que los derechos humanos también lo son. En general se acepta el concepto de que las necesidades son los estabilizadores morales y no propiamente los derechos. Al referirse a la toma de decisión se tiene que aceptar que la autoridad médica es y ha sido tradicionalmente respetada por estar constituida de tres componentes: 1) la autoridad por el conocimiento mismo, se basa en que el médico posee la información necesaria que se relaciona con el ejercicio de la autoridad; 2) autoridad moral, ya que su formación se presupone íntegra para el ejercicio de la profesión y 3) una autoridad de las más importantes, la que se ejerce por carisma (autoridad escolástica, y esta última es la que al integrar todos los elementos le dan al médico en ejercicio la capacidad de decisión sobre su paciente.

Este concepto de autoridad al que hacemos referencia, íntimamente va a formar parte de un conjunto de factores que permiten al médico tomar decisiones. Así desde la más remota antigüedad se ha identificado a quienes de alguna manera ejercen la medicina y les permite tomar las decisiones, inclusive, por encima del interés de comprensión por parte de quien se somete. Este personaje ha logrado amalgamar una mística tecnológica en la que hace participar los aspectos de conocimientos ya sea empíricos o adquiridos a través de un programa formal con capacidad de comunicación mística. Es evidente que en la función de decisión que ejerce el médico, la sociedad deposita en él su confianza con base en que se supone, que es sujeto de conocimiento y conciencia por lo que tiene una estructura que adquiere el respeto absoluto a los derechos humanos y le confiere la facultad de mando para la capacidad de decisión.

* Académico titular. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Factores participantes en la política de procreación

Para poder analizar las decisiones sobre procreación es necesario revisar, aunque sea someramente, los factores que han hecho relevante esta política. Uno de ellos es el rápido crecimiento de la población hasta un nivel crítico, obligando a que todos los países formulen políticas de población para resolver el problema. Simultáneamente el rápido y espectacular desarrollo en biotecnología, el avance explosivo en la bioingeniería y el grado alcanzado en el diagnóstico prenatal, permiten que el hombre pueda manipular los factores de procreación. Se pueden señalar como factores coadyuvantes, la autonomía o "liberación femenina" con todas sus implicaciones sociales y jurídicas así como la preocupación de la sociedad por tomar en consideración la "calidad de la vida" y darle la categoría de derecho humano. Sin embargo, y sin que se considere como un contrapeso a todo lo anterior, sino solamente como un punto de equilibrio en todas las reflexiones sobre las políticas de procreación, debe prevalecer el concepto de un respeto absoluto a los derechos humanos. El análisis de lo anterior y la función del médico en la toma de decisiones permiten considerar los siguientes ejemplos: aborto, inseminación artificial, fertilización *in vitro* y maternidad subrogada.

Aborto

El aborto inducido como un mecanismo de control de la natalidad en el embarazo no deseado, tiene un carácter político legal en los países que representan las dos terceras partes de la población mundial. No obstante lo anterior sigue siendo un tópico de controversia profunda, desde el punto de vista religioso, ético y legal. Así los grupos católicos, los judíos ortodoxos y no observantes, y las diferentes ramas del protestantismo tiene puntos de vista discrepantes.

Uno de los argumentos de apoyo para el aborto legal es el intento de disminuir los abortos ilegales y consecuentemente disminuir la morbimortalidad que es muy alta cuando el aborto se realiza de manera clandestina. También se ha invocado el "derecho" de la madre a determinar su propia fertilidad y el destino de su propio cuerpo; asimismo se ha invocado que de esta manera se puede mejorar la "calidad de la vida" y finalmente en algunos países se le ha dado apertura total invocando que se trata de un derecho social. Se dificulta puntualizar la legitimidad o no del aborto ya que hasta el momento actual existen grandes discrepancias, entre ellas el de precisar cuando es el "comienzo de la vida, qué es vida, etc.", que para quienes defienden el aborto como recurso legítimo, estiman que es inmediatamente después de la gestación, época en la que el aborto es técnicamente factible e inocuo. En cambio, otros señalan que se inicia con la fecundación. Esta postura parecería aceptar que el aborto en general y el selectivo en particular, cualquiera que sea su motiva-

ción, confiere a la vida un valor relativo. El aborto considerado así, con un criterio social, muy discutible, violaría los fundamentos de justicia social.

Cuando se invoca mejor calidad de vida se están señalando límites convencionales y se tiene que aceptar que las personas van a ser juzgadas con un criterio utilitario y su posible funcionamiento dentro de una sociedad determinada. En este caso al médico se le coloca en el riesgo de convertirse en un técnico a merced de una sociedad utilitaria, es decir un instrumento de la sociedad productiva.

No dejamos de reconocer que en ocasiones el aborto es la única opción a un dilema, pero estamos de acuerdo con quienes aceptan que debe ser el último recurso y debe mantenerse con este criterio por ser un procedimiento mucho más problemático que la simple anticoncepción convencional. Sería menos problemático dedicar el esfuerzo para depurar las medidas anticonceptivas para que sean más eficaces, aceptables y mejor toleradas. De esta manera habría menos deserciones entre las usuarias, reduciendo así el número de abortos y finalmente la humanidad se liberaría del problema que ha representado siempre la decisión de autodestrucción cualquiera que sea su propósito.

Inseminación artificial

Este capítulo puede incluirse como participación del médico en la procreación ya que para resolver problemas para concebir en cierto grupo de la población se han desarrollado procedimientos que deben analizarse desde el punto de vista de su legitimidad. La inseminación artificial se refiere a la heteróloga ya que la homóloga no se presta por su esencia misma para este tipo de reflexiones. Para decidir llevar a cabo la inseminación artificial se han invocado los siguientes conceptos: el deseo legítimo de experimentar el embarazo de la esposa que tiene un cónyuge estéril. El hecho de que la pareja pueda alcanzar mayor satisfacción con un hijo en el que por lo menos está implícita la herencia materna; la posibilidad de que se establezca una relación más íntima entre la madre y su gestación, también el hecho psicológico de que de esta manera se pueda ocultar la esterilidad ante la sociedad y asumir públicamente que el hijo es de la pareja. El auge de la inseminación artificial se debe también a que el procedimiento de adopción es cada vez más difícil en todos los países tanto por aspectos legales, que han ido surgiendo, y burocráticos, como por el hecho de que tanto por los programas de planificación familiar como por la legalización del aborto cada vez es menor el número de hijos y madres dispuestas a darlos en adopción.

Los estudios que se han realizado de las parejas que han recibido este procedimiento revelan que para algunas en las que el equilibrio emocional es adecuado y la actitud psicológica del esposo está muy bien definida, la inseminación es positiva y con fundamento moral. Otro aspecto que amerita consi-

deración es la actitud de quien dona su semen para la inseminación y engendra un hijo al que nunca va a conocer. La disposición del donador puede obedecer a un carácter comercial o puede ser por carácter "humanitario". También puede obedecer a un deseo de perpetuarse a través de un procedimiento que le confiere anonimato.

Fertilización in vitro

Este procedimiento se va extendiendo rápidamente y tiene implicaciones tan variadas como son: almacén de embriones congelados, selección de gametos de personas ajenas, transferencia del embrión a una tercera persona. Todo ello conlleva a tener que aceptar un cambio en el concepto de lo que es una familia. En el momento actual aún hay dudas sobre si el método es realmente inocuo, no obstante los resultados que se han obtenido en Inglaterra, EUA, Australia, Alemania y Francia que muestran que el procedimiento no tiene riesgos importantes excepto su baja efectividad y su costo tan alto, ya que el número de veces que se tiene que repetir el procedimiento para obtener el embarazo a término es muy variable. La aceptación social es buena para la fertilización *in vitro*, dándose atención a los aspectos éticos y legales.

Otro avance en la tecnología biomédica que repercute en el tema de procreación es la "subrogación materna" en la que un embrión producto de una fertilización *in vitro*, se implanta en el útero de una tercera persona, lo que metafóricamente se considera como "incubadora" para albergar al producto durante toda la gestación. Este procedimiento ha creado confusión sobre los derechos humanos, legales, sociales y éticos.

La revisión anterior permite concluir que hay conceptos morales y legales que han ido cambiando, por lo que en la actualidad resultan confusos los términos de paternidad, maternidad, familia, impregnación, actividad social. Comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud tienen ahora el compromiso de estudiar estos problemas para adecuarlos a los cambios que imponen los avances tecnológicos para poder establecer conceptos de ética en relación con la procreación.