

Salud y religión: un enfoque bioético

Jorge Alberto Álvarez Díaz

Resumen

La religión es un elemento de la cultura que está presente en el proceso de salud-enfermedad-atención. Esta presencia no solamente es a nivel personal, sino a nivel colectivo a través de políticas públicas de salud. Estas políticas deben pensarse para toda la población, independientemente de si creen o no creen en una determinada religión. Sin embargo, el cristianismo es una religión proselitista, en cuya historia puede verse la imposición de su visión sobre otras visiones (la Edad Media es el mejor ejemplo). En el mundo contemporáneo, la religión continúa buscando imponer sus criterios, también en el campo de la salud. La propuesta de este trabajo es que hay cuestiones éticas que subyacen en los colectivos y que hacen que este tipo de imposiciones no sea correcto en las sociedades contemporáneas, multiculturales y moralmente pluralistas.

Palabras clave: Religión y medicina. Bioética. Ciencias de la salud.

Resumo

Saúde e religião: uma abordagem bioética

Religião é elemento cultural presente no processo saúde-doença-cuidado não apenas em nível pessoal, mas coletivo, por meio de políticas de saúde pública. Essas políticas devem ser pensadas para toda a população, independentemente da crença pessoal em determinada religião. No entanto, o cristianismo é religião proselitista, em cuja história pode-se observar a imposição de sua visão sobre outras (a Idade Média é o melhor exemplo). No mundo contemporâneo, a religião continua a procurar impor seus critérios, também no campo da saúde. Este artigo propõe que existem questões éticas subjacentes ao coletivo e que esse tipo de imposição não é correto em sociedades contemporâneas, multiculturais e moralmente pluralistas.

Palavras-chave: Religião e medicina. Bioética. Ciências da saúde.

Abstract

Health and religion: a bioethics approach

Religion is an element of culture that is present in the process of health-illness-care. This presence is not only at a personal level, but at a collective level through public health policies. These policies should be thought for the whole population, regardless of whether they believe or do not believe in a particular religion. However, Christianity is a proselytizing religion, in whose history can be seen imposing its vision on other visions (Middle Ages is the best example). In the contemporary world, religion continues to seek to impose its criteria, also in the field of health. The proposal of this work is that there are ethical issues that underlie the collective and that make this type of impositions is not correct in contemporary societies, multicultural and morally pluralist.

Keywords: Religion and medicine. Bioethics. Health sciences.

Doctor bioetica_reproductiva@hotmail.com – Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México.

Correspondência

Edifício A, 2º Piso. Área de Pós-graduação em Ciências Biológicas e de la Salud. Calzada del Hueso, 1.100, Colonia Villa Quietud, Delegación Coyoacán CP 04960. Ciudad de México, México.

Declara não haver conflito de interesse.

Salud y religión: el nivel personal

Resulta difícil definir qué es una religión¹. En el sentido más lato del término “religión” se define por el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) como el *conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto*². Esta definición surge en el mundo occidental, donde se fusionan dos tradiciones mediterráneas: la grecolatina y la judeocristiana.

De las grandes religiones monoteístas la que ha tenido más influencia en países latinoamericanos ha sido la tradición cristiana (católica en la mayoría de ellos), por lo que habrá un énfasis especial en ella. Se deja de lado la relación histórica en la cual la bioética en buena medida surge como disciplina por la reflexión filosófica y cristiana (católica y no católica), además de cuestionamientos desde lo jurídico. Es cierto que se han formado grupos de pensamiento que han contribuido al desarrollo de la bioética, pero no será éste el enfoque que se toma más adelante. Además, aunque existen muchas otras religiones en Latinoamérica, cuantitativamente tienen pocos seguidores, y la influencia que pueden tener en políticas públicas de salud es menor.

Como se aprecia en la definición del DRAE, las religiones conllevan normas morales. Una forma de entender la ética es como una filosofía moral, como una reflexión filosófica de la moral. Así, la ética lleva de distintas formas a la religión, y toda religión conlleva una ética; pero religión y ética no son sinónimos.

Para hacer una filosofía moral ha de analizarse el origen o la fuente de la norma moral. Si el origen de la norma es una divinidad, entonces se trata de una *ética teónoma*. El origen de la norma puede ser algo distinto de la divinidad y distinto del ser humano, y entonces se está ante una *ética heterónoma*. Finalmente, si el origen de la norma no está en una divinidad ni el algo distinto de la divinidad y del ser humano, solamente queda que la fuente de la norma sea el propio ser humano; estas *éticas* se denominan *autónomas*.

Para Diego Gracia³ las éticas teónomas pueden entenderse en tres sentidos posibles. El primero de los sentidos sería la teonomía teónoma o religiosa; bajo esta modalidad, las normas las dicta directamente la divinidad, por lo que no hay nada que discutir, y solamente resta obedecer. El segundo de

los sentidos sería una teonomía heterónoma o teológica; en este caso existe un texto revelado por la divinidad, el cual admite diferentes interpretaciones por representantes legítimos (para el cristianismo católico, los sacerdotes). El tercero y último de los sentidos corresponde a una teonomía autónoma o filosófica; como se trata de una teonomía, se parte de la creencia en la divinidad, la cual otorga como gracia una cualidad, que es la racionalidad; desde esta condición se proporciona libre albedrío y entonces autónomamente se toma una decisión.

Esta aclaración es de suma relevancia. La religión ha dado un énfasis especial dentro de las cuestiones morales a las de la moralidad sexual. Un tema moralmente controvertido a lo largo de la historia, con claras repercusiones en la salud, ha sido el de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)⁴. Por ello se toma como ejemplo alrededor del cual pueden reflexionarse las distintas formas de entender y practicar una ética teónoma.

Si la postura personal de un creyente es adoptar una ética basada en una teonomía teónoma, queda claro que la Biblia no es del todo clara en el tema. Por ejemplo, en Éxodo 21:22-25 dice: *Si unos hombres, en el curso de una riña, dan un golpe a una mujer encinta, y provocan el parto sin más daño, el culpable será multado conforme a lo que imponga el marido de la mujer y mediante arbitrio. Pero si resultare daño, darás vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, quemadura por quemadura, herida por herida, cardenal por cardenal*⁵. Luego, puede entenderse que el aborto no es equiparable a una muerte de un adulto y que sancionar un aborto no puede tener los mismos criterios ni la misma magnitud de sanciones que cuando muere un ser humano adulto.

Sin embargo, en Job 3:9-23 se lee que *Sean tinieblas las estrellas de su aurora, la luz espere en vano, y no vea los párpados del alba. Porque no me cerró las puertas del vientre donde estaba, ni ocultó a mis ojos el dolor. ¿Por qué no morí cuando salí del seno, o no expiré al salir del vientre? ¿Por qué me acogieron dos rodillas? ¿Por qué hubo dos pechos para que mamara? Pues ahora descansaría tranquilo, dormiría ya en paz, con los reyes y los notables de la tierra, que se construyen soledades; o con los príncipes que poseen oro y llenan de plata sus moradas. O ni habría existido, como aborto ocultado, como los fetos que no vieron la luz. Allí acaba la agitación de los malvados, allí descansan los exhaustos. También están tranquilos los cautivos, sin oír más la voz del capataz. Chicos y grandes son allí lo mismo, y el esclavo se ve libre de su dueño. ¿Para qué dar la luz a un desdichado, la vida a los que tienen amargada*

el alma, a los que ansían la muerte que no llega y excavan en su búsqueda más que por un tesoro, a los que se alegran ante el túmulo y exultan cuando alcanzan la tumba, a un hombre que ve cerrado su camino, y a quien Dios tiene cercado?⁶. En esta otra cita parecería que una IVE podría ser algo deseable. Así pues, resulta complicada una teonomía teónoma “pura”. El texto puede no ser claro.

Por otra parte, si el creyente asume una ética basada en una teonomía heterónoma, recurrirá a interpretaciones de quienes se consideran especialistas. Así, en el caso del cristianismo católico, el Catecismo de la Iglesia en su sección 2270 dice lo siguiente: *La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida*⁷. La Declaración sobre el aborto dice que:

*Desde el momento de la fecundación del óvulo, queda inaugurada una vida que no es ni la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. No llegará a ser nunca humano si no lo es ya entonces. A esta evidencia de siempre -totalmente independiente de las disputas sobre el momento de la animación-, la ciencia genética moderna aporta preciosas confirmaciones. Ella ha demostrado que desde el primer instante queda fijado el programa de lo que será este ser viviente: un hombre, individual, con sus notas características ya bien determinadas. Con la fecundación ha comenzado la aventura de una vida humana, cada una de cuyas grandes capacidades exige tiempo, un largo tiempo, para ponerse a punto y estar en condiciones de actuar*⁸ (el texto se cita en la *Instrucción Donum vitae* del 22 de febrero de 1987).

La postura llamada “oficial” del cristianismo católico se basa en estos documentos, los cuales a su vez pretendidamente están basados en una verdad revelada; lo que agregan es una interpretación que permite comprender y aplicar el mensaje de la divinidad. Bajo esta postura oficial, no es posible interrumpir nunca un embarazo. No hay posibilidad de establecer excepciones. Sin embargo, no todo creyente asume como postura ética la teonomía teónoma o la teonomía heterónoma. Cada vez más creyentes asumen posturas de teonomías autónomas.

Es esta misma la postura que puede verse en *Catholics for Choice*. Parten de aceptar la existencia de la divinidad, asumir la razón como una gracia divina, y apelar a la razón para que cada mujer

en conciencia decida si considera que es ético o no interrumpir su embarazo. Quien cree en la divinidad también tiene razonamiento, no solamente los sacerdotes. Cuando los sociólogos han estudiado la religiosidad de los seres humanos, han introducido algunos conceptos tales como *expresión popular de la religión*⁹. Este término se refiere a cómo la gente siente, vive, o expresa una religiosidad “oficial”, pero desde su interpretación personal y su propia práctica. Se refieren a esta ética teónoma autónoma, pero desde el sentido social más que filosófico.

Hasta aquí queda claro que no hay una postura única generalizable cuando se habla de una persona que se autoidentifique como perteneciente al catolicismo. Las repercusiones en la salud sexual y reproductiva (para seguir con el ejemplo de la IVE) serían de lo más variopinto. Desde una ética teónoma teónoma habría dudas sobre qué decisión tomar, sobre interrumpir o no; esto podría tener alguna repercusión en la salud mental ante la duda sobre el propio actuar.

Desde una ética teónoma heterónoma estaría claro que no se debería interrumpir nunca y bajo ninguna circunstancia; hay literatura abundante en todo el mundo que indica que esto trae graves daños a la salud de las mujeres, teniendo embarazos forzados, llevándoles a someterse al riesgo de un aborto en condiciones insegura¹⁰, criando una descendencia no deseada¹¹ etc. Es falso que la IVE dañe la salud mental de las mujeres, ya que la evidencia científica muestra que negar la IVE a una mujer que la solicita aumenta su malestar psicológico¹², mientras que si se le provee el servicio de IVE no disminuye su autoestima o la satisfacción respecto a la vida¹³; tras la IVE tampoco se incrementa el riesgo de enfermedad mental (como la esquizofrenia)¹⁴.

Desde una ética teónoma autónoma queda claro que el criterio es personal, en conciencia, de modo que cada mujer determinaría si interrumpe o no. Esto conlleva beneficios a la salud mental de las mujeres (proveer el servicio de IVE a las mujeres que lo solicitan les lleva a mantener una visión positiva respecto a su futuro y la realización de sus metas)¹⁵, así como beneficios a la salud pública (despenalizar la IVE supone la conversión de una práctica clandestina e insegura, en un procedimiento seguro bajo condiciones médicas)¹⁶. Claramente, la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo no lleva a nadie a obligarle a interrumpir.

Debido a que lo indeseable no viene siendo la interrupción en sí misma, sino que una mujer esté embarazada cuando no desea estarlo (no hay una justificación ética para obligar a una mujer a cursar

un embarazo), entonces esta postura conllevaría estrategias de prevención de embarazos. Se sabe, por ejemplo, que la mejor combinación para prevenir embarazos es acceso a educación sexual y a método anticonceptivo (sobre todo entre adolescentes)¹⁷. También se sabe que existe una relación matemática entre el número de hijos deseados por las mujeres y sus parejas, el porcentaje de ellas que utiliza habitualmente un método de anticoncepción, y la IVE. Para mujeres que desean un promedio de dos hijos, el 75% debe utilizar regularmente un método anticonceptivo para sortear 12 IVE durante su vida fértil.

En el caso de mujeres que desearan seis hijos (cada vez más raro), es posible prevenir cuatro IVE si la cuarta parte de ellas utiliza regularmente un anticonceptivo. Independientemente del número de hijos deseados (2, 4 o 6), se previenen 1.6 IVE por mujer al aumentar la cobertura poblacional de métodos anticonceptivos en 10%¹⁸. La mortalidad por IVE en un contexto legal es 14 veces inferior a la de un parto a término¹⁹. La tasa de mortalidad por IVE en un contexto legal está directamente relacionada con las semanas de gestación: cuanto más tempranamente se realiza el procedimiento, tanto más seguro es. Dentro de las primeras 12 semanas de gestación, la mortalidad es inferior a 0.5 por cada 100,000 procedimientos²⁰.

Estas consideraciones hacen notar que el nivel personal de la religión puede ser muy diferente entre creyentes y, por lo tanto, puede tener muy distintas implicaciones para la salud personal. Esto no puede perderse de vista, ya que el nivel personal no desaparece en los colectivos; es cierto que el colectivo no es sinónimo de la suma de individuos, pero no es menos cierto que sin individuos no hay colectivo posible.

Salud y religión: el nivel colectivo

Cruz Velandia dice que de acuerdo con el grupo brasileño de Levcovitz, la característica de intervención política y transformación social ha sido la que ha ganado mayor fuerza por sobre todo el proceso de construcción de la salud colectiva (críticas al modelo tradicional biomédico; reflexión sobre prácticas e instituciones de salud etc.). Además, Cruz Velandia basándose en Almeida Filho y Coelho, considera que, tras introducir las humanidades en el campo biomédico, la constitución del discurso teórico de la salud colectiva reestructura sus ejes, destacando las dimensiones simbólica, filosófica, ética, política y socioeconómica²¹.

Si un gran énfasis de la salud colectiva lo representa la intervención política y la transformación social y uno de los ejes es la ética, cabe seguir resaltando las cuestiones éticas en la salud colectiva, en este caso en relación con la religión. Para el abordaje de lo colectivo podrían tomarse la perspectiva del multiculturalismo de Taylor²², o la del pluralismo moral, ya sea en las versiones de Rawls²³, Habermas²⁴ o Cortina²⁵. Por motivos de espacio, se retoma solamente la propuesta de Cortina.

Para Adela Cortina²⁵ el problema central está en cómo proceder ante la realidad del pluralismo moral. Así, el problema no estaría tanto en el nivel de las religiones y la secularización, sino en las múltiples visiones morales del mundo, las cuales pueden ser religiosas o no. Para la autora el gran desafío en el siglo XXI es construir una ética global que pueda hacer frente a los retos de la técnica, de la ciencia y de la economía. La ética global tendría que ser construida desde un universo multicultural y teniendo en cuenta el pluralismo moral.

En términos muy generales, la moralidad se refiere a un conjunto de costumbres que una determinada sociedad en un momento histórico determinado considera buenas o malas. Una ética resulta de la reflexión filosófica de la moral; no se trata de un suceso puramente especializado, ya que los seres humanos someten a discusión los supuestos morales de la sociedad en la cual viven, y aunque terminen aceptando muchos de esos supuestos morales, no es lo mismo aceptarlos de forma razonada y razonable que de forma acrítica. Es cierto que los especialistas del tema, los filósofos, elaboran teorías éticas, pero ya se trata de grandes sistemas que no pueden ir desligados de esa actividad que realizan todos los seres humanos.

Así las cosas, habría tantas éticas como seres humanos; por ello Aranguren hablaba de *ethica utens*, como la que utiliza personalmente cada ser humano, y *ethica docens*, como aquella que viene en los tratados de ética. Es un intento de hacer una clasificación de distintos sistemas éticos.

Cortina²⁵ fue discípula de Aranguren, y considera que las éticas que coexisten en una sociedad son de dos tipos: éticas de máximos y una ética mínima. Las éticas de máximos son propuestas que se relacionan con la felicidad. Aristóteles dice en la "Ética a Nicómaco" que el *telos* de los seres humanos es la *eudaimonía*, que suele traducirse como "felicidad"; efectivamente, no tiene el mismo significado "eudaimonía" en griego, "beatitud" en latín, o "felicidad" en el español contemporáneo. Hay muchas formas de entender la realización de lo bueno para alcanzar la felicidad. Esas distintas formas pueden ser religiosas,

o bien pueden ser propuestas laicas o seculares. Para que varias éticas de máximos coexistan, se requiere de una ética mínima, que correspondería a la justicia compartida. Es totalmente necesario diferenciar lo que son las propuestas de vida feliz, de exigencias exigentes de justicia. A la felicidad se invita; la justicia se exige.

La justicia plantea reclamos no porque no guste o no convenga algo en particular en los niveles personal o grupal: los reclamos que plantea la justicia se supone que deberían extenderse a toda la humanidad. Cuando alguien cataloga un acto como “justo” o “injusto”, no quiere decir que no le gusta, o que no le conviene, quiere dar a entender que eso no debería ser así para nadie. La ética mínima (o ética de mínimos) corresponde a las exigencias esenciales que una sociedad determinada cree que debe tener para considerarse humana; estar por debajo de ellas colocaría a esa sociedad como inhumana.

Si una persona piensa que la felicidad se alcanza se debe asistir periódicamente a una serie de prácticas (religiosas, como un determinado culto; o seculares, como actividades deportivas o recreacionales), puede ser muy feliz, pero no debe imponer a los demás que hagan lo mismo para alcanzar la felicidad; a lo sumo podrá invitarlos. Por otra parte, si se sabe que el aborto inseguro sigue siendo una de las mayores causas de muerte materna, que ocurre globalmente en un 14.5% de todas las muertes maternas, que casi todas esas muertes ocurren en países con leyes restrictivas para tener acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE), que la criminalización de la IVE aumenta morbilidad y mortalidad materna²⁶; y que en países como México hay experiencia de que la mortalidad es mayor en las entidades federativas con leyes restrictivas en relación con la Ciudad de México, capital que permite la ILE²⁷; habría que pensar que una exigencia de justicia es que toda mujer tenga acceso legal a interrumpir su embarazo, ya que ninguna mujer debería morir por complicaciones de un aborto inseguro. No solamente deberían tener acceso las mujeres que viven en Ciudad de México, o en México, o en Latinoamérica, eso debería ser una exigencia de justicia en todo el mundo. Caer por debajo de esto y permitir que una mujer muera por causas prevenibles es caer bajo mínimos de humanidad.

La esfera pública correspondería al sitio donde se expresa la razón pública, la cual corresponde al núcleo de las sociedades pluralistas. Cortina considera que la razón pública de una sociedad pluralista es la que tiene que dar normas o propuestas (éticas y políticas) que sean aceptables para todo tipo de ciudadanos (creyentes, y considerando que hay

diferentes tipos de creencias o religiones; así como no creyentes, pensando que puede haber agnósticos, ateos etc.). Cortina es discípula de teóricos de la segunda escuela de Frankfurt (es la introductora al español de la obra de Karl Otto Apel), y considera que una sociedad pluralista tiene en su estructura un conjunto de éticas de máximos que comparten unos mínimos de justicia, de tal manera que las éticas de máximos, sean religiosas o sean seculares, forman parte de la estructura misma de una sociedad pluralista. En el fondo, como queda claro, no se trata de sacrificar lo bueno por lo justo ni lo justo por lo bueno, por lo que pueden hacerse compatibles las relaciones entre una ética mínima y las diferentes éticas de máximos en una sociedad pluralista.

El punto de partida de la ética del discurso es la acción comunicativa; esta ética es la que parte de la segunda escuela de Frankfurt, con Apel, Habermas y otros, y se continúa con particulares derroteros por Cortina en lengua española, algunos ya citados hasta el momento. En la ética del discurso hay un vínculo lógico entre quienes participan en una comunicación. Apel considera que *todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión*²⁸. Y agrega, *A mi juicio, no es, pues, el uso lógicamente correcto del entendimiento individual, sino esta exigencia de reconocimiento recíproco de las personas como sujetos de la argumentación lógica, la que justifica el discurso sobre la “ética de la lógica”*²⁹.

Cortina continúa esta propuesta y afirma que filosóficamente la fundamentación es esencial. La autora propone entonces una *Ethica cordis*³⁰, una Ética de la razón cordial³¹, que describe como una versión cálida de ética del discurso, y con ello una ética procedimental. El marco de una ética mínima, en principio, tiene que ser procedimental, ya que si es sustancial o de contenidos correspondería a una ética de máximos. Si la ética del discurso toma el nivel lógico trascendental, la intersubjetividad de quienes participan en un diálogo es un vínculo lógico trascendental; habla de un vínculo lógico, la intersubjetividad se establece entre quienes participan en un diálogo; sin embargo, para Cortina el puro vínculo lógico trascendental es insuficiente para dar cuenta de la comunicación humana. La acción comunicativa hace reconocer que los seres humanos no son individuos aislados, sino que son lo que son en reconocimiento recíproco. La clave de una ética mínima no es el individualismo, sino que nace en

el reconocimiento recíproco, tradición filosófica que se recoge con Hegel, llega a Frankfurt por diferentes vías, Apel como una de ellas, y en lengua española continúa con Adela Cortina.

Con lo anterior, no puede ser el individualismo la clave de una ética mínima, sino que la clave es un grupo de individuos que se reconocen mutuamente; son en vínculo, son en relación, están unidos por esa *ligatio*, que les lleva a una *ob ligatio*; cuando alguien está ligado está obligado a otros. Además del vínculo lógico, Cortina considera en su propuesta que existen elementos que enriquecen el vínculo comunicativo. Para el reconocimiento mutuo son necesarios, cuando menos, tres puntos. El primero, que las personas sean capaces de estimar los valores (autonomía, igualdad, solidaridad etc., sin los cuales el vínculo comunicativo no funciona). El segundo, trabajar un *ethos*, un carácter, para reconocer los valores y para optar por intereses universalizables (la ética del discurso acaba diciendo que una norma será justa si los que están afectados por ella reconocen que lo es porque defiende intereses universalizables; este punto suele quedar olvidado o mal entendido, ya que los intereses universalizables son aquellos que benefician a los menos aventajados; los bien situados buscan el privilegio; para estar dispuesto a reconocer cuáles son los intereses universalizables hace falta desarrollar un carácter dispuesto a reconocer lo justo). El tercer punto es que deben considerarse emociones y sentimientos; si no se reconocen, evidentemente ligados a la razón, entonces no se reconoce qué es lo justo. Así, el vínculo comunicativo no resulta solamente formal sino también cordial, un reconocimiento compasivo, un reconocimiento mutuo de quienes se reconocen com-padeciendo en el sufrimiento y com-padeciendo en la alegría. Compadecer en el sufrimiento es difícil; compadecer en la alegría lo es más. La propuesta de Cortina está produciendo ya algunas repercusiones para tomarla en cuenta en el campo de la salud³².

Enfoque bioético de las relaciones entre salud y religión: el catolicismo en México

Diego Gracia, considerado por muchos como *el bioeticista más importante del mundo iberoamericano*³³, recibe influencia de la idea de una ética mínima y distintas éticas de máximos. Por ello, considera como características básicas de la bioética el que sea una ética civil, pluralista, autónoma, racional y más allá del convencionalismo. Al hablar de la ética civil dice que *las personas tienen derecho a que su libertad de conciencia sea respetada,*

*las instituciones sociales están obligadas a establecer los mínimos morales exigibles a todos pero no podrán fijarse de acuerdo con mandatos de las morales religiosas, sino desde criterios seculares, civiles o racionales*³⁴. La bioética, o es laica, o no es bioética. Toda idea de imposición no puede considerarse ética.

Por otra parte, Álvarez Díaz³⁵ propone, basándose en sus maestros españoles Diego Gracia y Adela Cortina, además de retomar las propuestas del argentino José Alberto Mainetti, que la bioética tiene tres niveles: microbioética, mesobioética y macrobioética. El nivel de la microbioética abarca la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, es decir, lo que también se ha llamado como bioética clínica. Siguiendo con la IVE, incluye los temas del respeto por la autonomía de las pacientes, evaluación de su capacidad y competencia, proceso del consentimiento informado etc.

El nivel de la mesobioética se ubica en la toma de decisiones institucionales y estructurales. Un ejemplo sería la ética en las políticas públicas en salud. En este tema dice Emanuel que *La ética médica debe dejar de estar orientada a los casos clínicos para orientarse institucionalmente. Nosotros, los bioeticistas, debemos dejar de aproximarnos a los problemas desde una perspectiva filosófica y adoptar la perspectiva de la ciencia política*³⁶. Es necesario que las políticas públicas en torno a la IVE sigan evidencia científica para ofrecer la mejor atención a las mujeres. El nivel de la macrobioética se relaciona con la globalización y sus procesos. Abarca temas de bioética medioambiental, problemas de justicia global (con novedades tales como el turismo de salud, el turismo médico, que para el caso de la IVE se ha llamado “turismo abortivo”) etc.

Considerando que Gracia propone que la bioética debe ser elaborada con criterios laicos (no laicistas, que eliminan toda forma de religiosidad, pero tampoco confesionales, que emanen de una determinada religión), y que Álvarez Díaz propone la articulación de tres niveles, habría que decir que microbioética, mesobioética y macrobioética deben desarrollarse de forma laica. Esto queda claro desde la reflexión de una sociedad moralmente pluralista. Sin embargo, la realidad es que las llamadas “bioéticas religiosas”, como la “bioética católica”, más que bioéticas representan el intento de imponer su ética de máximos como una ética de mínimos. En este sentido, el caso de México es paradigmático, y no necesariamente de igual expresión al catolicismo en otros países latinoamericanos.

David Brading es un historiador inglés que ha propuesto que en los inicios de la vida independiente

de México, ante el pluralismo cultural que se vio reforzado por el sistema de castas en el Virreinato de La Nueva España, el vínculo que surgió en la población tras la independencia fue más el religioso católico, antes que la idea de nacionalidad³⁷. En sus análisis destaca la figura de la Virgen de Guadalupe como central para el desarrollo del catolicismo en México³⁸. La virgen cuenta con una Basílica que tiene un Cabildo. El Cabildo de Guadalupe *tiene a su cargo mantener el ministerio cultural, litúrgico y sacramental del Santuario, con la ayuda del grupo de capellanes. Realiza todos los días el rezo de laudes y la Eucaristía Solemne*³⁹. Uno de sus miembros es Jorge Antonio Palencia Ramírez de Arellano, quien estudió medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y posteriormente comenzó a trabajar en la Comisión Episcopal de la Salud (1979-1997)⁴⁰. En sus palabras, *Fueron 18 años muy bonitos porque se fundó a nivel internacional la Pastoral de la Salud, con una visión de atención al enfermo y la defensa de la vida, del no nacido, del enfermo terminal*⁴¹.

Uno de los primeros productos de ese trabajo fue la publicación del Directorio de Pastoral de Salud, asumido después en el Vaticano como el libro oficial de esta pastoral. Este directorio contiene las bases de la formación de los agentes de pastoral de la salud (fundamentos bíblicos, cristológicos, eclesiológicos etc., de la atención al enfermo). En palabras de Palencia, *También contiene la presentación de lo que es la salud-salvación en medio del sufrimiento, es decir, el sentido cristiano al sufrimiento. Luego trae las herramientas de Pastoral de la Salud: el counseling pastoral, la bioética católica, entre otras*⁴⁰. Admite lo que desde medios académicos y políticos no siempre se dice tan claro: que existe una bioética católica.

Posteriormente, Palencia cuenta que *Al unísono se fundan, el 9 de diciembre de 1998, la Asociación de Médicos Católicos, la Asociación del Voluntariado Católico y la Asociación de Enfermeras Católicas*⁴⁰. Añade que con la Asociación de Médicos Católicos se comenzaron a crear las facultades y escuelas de bioética, en las universidades Anáhuac, La Salle y Panamericana. Evidentemente, no dice que la Universidad Anáhuac está dirigida por Legionarios de Cristo, que la Universidad La Salle está dirigida por los Hermanos de La Salle, ni que la Universidad Panamericana está dirigida por el Opus Dei. Palencia declara que *Es el nacimiento a la defensa de la vida humana desde el punto de vista médico*⁴⁰. Habría que aclarar que no se trata del punto de vista médico, sino del punto de vista confesional, religioso católico.

Además, Palencia cuenta que luego comenzó el diálogo con el gobierno mexicano en lo que se

denomina en el catolicismo como “la lucha por la vida”. Declara que *Ahí entra muy fuerte Médicos Católicos, quienes hasta la fecha se han colocado en el trabajo en comisiones del Congreso y con el Gobierno Federal*⁴⁰. Es claro que actores políticos emanan del cristianismo católico; también es claro que México es un Estado laico, de modo que no siempre confiesan directamente sus aspiraciones de imponer una ética de máximos como el mínimo exigible en justicia para toda la población.

Palencia agrega que tras la fundación de comités de bioética en hospitales religiosos y privados *Se inicia toda una campaña para la fundación de estos comités que ya integran la presencia de sacerdotes. A nivel nacional las comisiones diocesanas y los colegios de médicos ya estaban funcionando y ellos comenzaron a hacer sus propios trabajos bajo los mismos lineamientos*⁴². Se refiere a los Comités de Ética Clínica o Comités de Ética Asistencial; en México la ley les denomina Comités Hospitalarios de Bioética, país donde existe una exigencia legal desde finales de 2011 de contar con ese tipo de comités. En ningún lado de la normatividad vigente se dice que deben contar con sacerdotes. Sin embargo, el intento de imponer la ética de máximos católica a toda la población en el campo de la salud ha llevado a verlos como un espacio para la evangelización⁴³.

Palencia relata, al parecer orgullosamente, *Somos los únicos que hemos parado la situación del Instituto de Medicina Genómica. Hemos llevado la lucha contra el procedimiento del embrión congelado, la fertilización in vitro, y contra toda esa parte que niega que el embrión sea persona*⁴¹. Esa parte que niega que el embrión sea persona es la que ha estado promoviendo que las leyes no deben ser restrictivas en materia de ILE para que las mujeres no mueran por algo que puede prevenirse al brindarse atención médica segura para una IVE. Ésta, que debe ser la exigencia en justicia, sigue luchando contra las posturas de éticas de máximos, como la católica, para lograr que las condiciones seguras de interrupción de un embarazo se ofrezcan a todas las mujeres en México. Todavía no se logra. Evidentemente, la microbioética, la mesobioética y la macrobioética, para poder ser realmente bioética y considerar a todas y cada una de las personas, debe ser laica. En sociedades moralmente pluralistas, como la mexicana y las latinoamericanas, no es admisible que la ética de máximos católica se imponga como una ética mínima a toda la población.

Referencias

1. Sharpe EJ. Understanding religion. London: Duckworth; 1983.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. [s.d.] [acceso 15 maio 2018]. Religión. Disponível: <https://bit.ly/2lIF6OH>
3. Gracia D. Religión y ética. In: Gracia D. Como arqueros al blanco: estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 129-96.
4. Álvarez-Díaz JA. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. Rev Fac Med Unam [Internet]. 2008 [acceso 11 fev 2019];51(6):249-51. Disponível: <https://bit.ly/2Dx9htj>
5. Biblia de Jerusalén. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2013. p. 105.
6. Biblia de Jerusalén. Op. cit. p. 822.
7. Catecismo de la Iglesia Católica. Ciudad de México: Librería Editrice Vaticana; 1997. p. 696.
8. Seper F, Hamer J. Congregación para la doctrina de la fe: declaración sobre el aborto [Internet]. 1974 [acceso 15 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2aHi2SW>
9. Rostas S, Droogers A, editores. The popular use of popular religion in Latin America. Amsterdam: Cedla; 1993.
10. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 [acceso 11 fev 2019];11(3):192-205. Disponível: <https://bit.ly/2TJkOHL>
11. Bitler M, Zavodny M. Did abortion legalization reduce the number of unwanted children? Evidence from adoptions. Perspect Sex Reprod Health [Internet]. 2003 [acceso 11 fev 2019];34(1):25-33. DOI: 10.1363/3402502
12. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: a prospective, longitudinal cohort study. Jama Psychiatry [Internet]. 2017 [acceso 11 fev 2019];74(2):169-78. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
13. Biggs MA, Upadhyay UD, Steinberg JR, Foster DG. Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? Qual Life Res [Internet]. 2014 [acceso 11 fev 2019];23(9):2505-13. DOI: 10.1007/s11136-014-0687-7
14. Simoila L, Isometsä E, Gissler M, Suvisaari J, Sailas E, Halmesmäki E *et al.* Schizophrenia and induced abortions: a national register-based follow-up study among Finnish women born between 1965-1980 with schizophrenia or schizoaffective disorder. Schizophr Res [Internet]. 2018 [acceso 11 fev 2019];192:142-7. DOI: 10.1016/j.schres.2017.05.039
15. Upadhyay UD, Biggs MA, Foster DG. The effect of abortion on having and achieving aspirational one-year plans. BMC Womens Health [Internet]. 2015 [acceso 11 fev 2019];15:102. DOI: 10.1186/s12905-015-0259-1
16. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. Perspect Sex Reprod Health [Internet]. 2003 [acceso 11 fev 2019];35(1):25-8. DOI: 10.1363/3502503
17. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [acceso 11 fev 2019];2:CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub3
18. Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. Stud Fam Plann [Internet]. 2000 [acceso 11 fev 2019];31(3):193-202. Disponível: <https://bit.ly/2DtXI64>
19. Grimes DA. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2006 [acceso 11 fev 2019];194(1):92-4. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.06.070
20. Bartlett L, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. Obstet Gynecol [Internet]. 2004 [acceso 11 fev 2019];103(4):729-37. DOI: 10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60
21. Cruz Velandía I. La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. Invest Educ Enferm [Internet]. 2005 [acceso 11 fev 2019];23(1):92-101. Disponível: <https://bit.ly/2E5KCxc>
22. Taylor C. El multiculturalismo y "la política del reconocimiento". Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2009.
23. Rawls J. El derecho de gentes y una revisión de la idea de razón pública. Barcelona: Paidós; 2001.
24. Habermas J. Entre naturalismo y religión. Barcelona: Paidós; 2006.
25. Cortina A. Ética mínima: introducción a la filosofía práctica. Madrid: Tecnos; 1986.
26. Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2015 [acceso 11 fev 2019];131(Suppl 1):S56-9. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.03.018
27. Darney BG, Saavedra-Avendano B, Lozano R. Maintaining rigor in research: flaws in a recent study and a reanalysis of the relationship between state abortion laws and maternal mortality in Mexico. Contraception [Internet]. 2017 [acceso 11 fev 2019];95(1):105-11. DOI: 10.1016/j.contraception.2016.08.004
28. Apel KO. La transformación de la filosofía II: el a priori de la comunidad de comunicación. Madrid: Taurus; 1985. p. 380.
29. Apel KO. Op. cit.
30. Cortina A. Ethica cordis. Isegoría [Internet]. 2007 [acceso 11 fev 2019];37(2):113-26. DOI: 10.3989/isegoria.2007.i37.112
31. Cortina A. Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Nobel; 2007.

32. Costa-Alcaraz AM. Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. Dilemata [Internet]. 2012 [acceso 11 fev 2019];4(8):99-122. Disponible: <https://bit.ly/2SseyN8>
33. Mendoza-Fernández A. Palabras de presentación: ceremonia de homenaje del CMP al Padre Dr. Gustavo Gutiérrez-Merino Días y Dr. Diego Gracia Guillén. Acta Méd Peru [Internet]. 2003 [acceso 11 fev 2019];20(2):61-3. Disponible: <https://bit.ly/2DtYwb6>
34. Gracia D. Ética y vida 1: fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998. p. 18-20.
35. Álvarez Díaz JA. Aspectos éticos de la nanotecnología en la atención de la salud [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016 [acceso 15 maio 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2GFufJp>
36. Emanuel EJ. Medical ethics in the era of managed care: the need for institutional structures instead of principles for individual cases. J Clin Ethics [Internet]. 1995 [acceso 11 fev 2019];6(4):335-8. Disponible: <https://bit.ly/2GnBciZ>
37. Brading DA. Los orígenes del nacionalismo mexicano. Ciudad de México: Secretaría de Educación Pública; 1973.
38. Brading DA. Patriotismo y nacionalismo en la historia de México. In: Flitter DW, Dadson TJ, Obder de Babueta P. Actas del XII Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas. Madrid: Asociación Internacional de Hispanistas; 1995. p. 1-18.
39. El Cabildo de Guadalupe. In: La Insigne y Nacional Basílica de Santa María de Guadalupe [Internet]. [s.d.] [acceso 15 maio 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2N2ULOb>
40. Vallecillo Gómez M. Retratos y semblanzas. Boletín Guadalupano [Internet]. 2006 [acceso 15 maio 2018];5(69):20-2. Disponible: <https://bit.ly/2NOJUEq>
41. Vallecillo Gómez M. Op. cit. p. 21.
42. Vallecillo Gómez M. Op. cit. p. 21-2.
43. Ornelas Duarte A. Comités hospitalarios de bioética en México: un espacio para la evangelización [Internet]. 2013 [acceso 25 ago 2015]. Disponible: <https://bit.ly/2RYj40u>

Jorge Alberto Álvarez Díaz

 0000-0001-9935-8632

