

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**



**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**Idónea comunicación de resultados (formato artículo) Para Obtener el Grado
de Maestro en Medicina Social**

**Posturas morales de los estudiantes de las ciencias de la salud sobre la
interrupción voluntaria del embarazo
El concepto de Autonomía y la formación de los profesionales de la salud**

**P R E S E N T A
Abdiel Fernando Uribe Allier**

Director: Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz
Asesor: Dra. Addis Abeba Salinas Urbina
Asesor: Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2017

Agradecimientos

A mi familia por el apoyo incondicional en todo momento.

Al director de este trabajo Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz, que le he aprendido mucho en todos estos años, colaborando siempre en la realización de este trabajo de investigación.

A la Dra. Addis Abeba Salinas Urbina y al Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto por asesorar y hacer comentarios para mejorar el trabajo.

A la Dra. María de los Ángeles Garduño Andrade por acompañarme en la primera fase de la realización de este trabajo.

A los compañeros de la generación 28 de la maestría en medicina social, sin su colaboración el proceso no hubiera sido el mismo.

A los compañeros, profesores y administrativos de la Pontificia Universidad Javeriana, en particular al Dr. Guillermo Hoyos Vásquez, al Dr. Eduardo Díaz Amado, al Dr. Efraín Méndez Castillo quienes constantemente leyeron el trabajo e hicieron que madurara muchas ideas. Y por todo el apoyo a Alexandra, Denis, Rubén Gómez, Rubén Aguilar, Olguita, José Edwin, Eduardo Rueda, Nelson y Manuel

A Indalia Cortes por estar al pendiente del proceso del trabajo

INDICE

CONTENIDO:	PÁG.:
Posturas morales de los estudiantes de las ciencias de la salud sobre la interrupción voluntaria del embarazo.....	3
Introducción.....	3
Material y métodos.....	5
Resultados.....	7
Discusión.....	13
Referencias.....	18
El concepto de Autonomía y la formación de los profesionales de la salud: el caso de la interrupción voluntaria del embarazo.....	20
Introducción.....	20
Definición de “Autonomía”.....	21
¿Por qué la importancia de la Autonomía?.....	23
Autonomía como concepto amplio.....	23
Autonomía en bioética.....	24
Autonomía en la Interrupción voluntaria del embarazo.....	29
La capacitación sobre IVE en especialidades médicas.....	31
El uso de la razón para orientar la práctica clínica.....	34
Carácter normativo de los valores en la práctica clínica.....	36
Valores implícitos presentes en la educación médica.....	38
Conceptos morales en los profesionales de la salud.....	41
Historia de los conceptos morales.....	42
La moral sobre la IVE en las profesiones de la salud.....	44
Conceptos morales sobre la IVE.....	46
Conceptos morales sobre el embrión.....	48
Conclusiones.....	52
Referencias.....	53

Posturas morales de los estudiantes de las ciencias de la salud sobre la interrupción voluntaria del embarazo

Introducción

En los últimos años la discusión alrededor de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ha venido reconociendo, fundamentalmente desde el desarrollo de la bioética, que la toma de decisiones en torno al propio cuerpo es de carácter privado; más allá, es íntimo. Esto ha generado reticencia en grupos donde los conceptos morales en contra de la IVE presentan un escenario coercitivo que dificulta la decisión de las mujeres. Por lo tanto, es insoslayable reconocer la importancia de procurar un entorno donde las mujeres puedan construir la decisión de continuar o no con un embarazo.

Pensar en el tema de la IVE y relacionarlo con el perfil de formación de los profesionales de la salud presenta serias limitaciones, principalmente porque las posturas morales contra la IVE predominan en el discurso de la práctica clínica.

Álvarez Díaz (2008) propone reservar el término “aborto” al que es “espontáneo”, en tanto que el que decide la mujer debiera denominarse “interrupción voluntaria del embarazo”. Esto es por dos razones fundamentales. La primera, “aborto” tiene una connotación histórica negativa (Álvarez-Díaz y Hernández-Mansilla, 2014). La segunda, para la caracterización de un acto como ético tiene que mediar la voluntariedad.

Por otra parte, los estudiantes de las diferentes profesiones de la salud se adscriben a un proceso de formación en este tema que puede situarse fundamentalmente en tres momentos, que corresponden a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. Deben ser capaces de establecer un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento (conocimientos), poder indicar los fármacos o participar del procedimiento de interrupción (habilidades), y finalmente tomar una posición respecto de la interrupción (actitudes). Este último punto ocurre en toda actividad clínica, pero se vuelve particularmente complicado cuando los conocimientos y habilidades se relacionan con eventos alrededor del inicio de la vida humana (como la interrupción del embarazo, la reproducción asistida y el manejo de embriones, etc.), o alrededor del final de la vida humana (como el reanimar o no a un paciente, no iniciar o retirar tratamientos como la ventilación mecánica o la nutrición parenteral, etc.).

No obstante, en las formaciones se aprecia que el currículo formal le da+ importancia al abordar el tema, los docentes y estudiantes de manera general han presentado reticencia y se hace evidente a través de un currículo oculto conservador (discursos y prácticas en donde se exponen conceptos morales que contradicen el derecho a la mujer a decidir).

En los trabajos que presentan una relación entre IVE, formación y ejercicio de la profesión, Akin y cols. (2012) muestran que la reticencia por parte del profesional de salud de realizar una interrupción del embarazo radica en la comprensión incorrecta de los procedimientos. Brenes y Robles (2009) hacen una comparación entre las licenciaturas de medicina y enfermería, señalando que en términos de conocimientos se evidenció una brecha considerable entre estas dos licenciaturas, encontrando particularmente en medicina grandes vacíos de conocimiento y que han sido reemplazados por mitos e informaciones incorrectas sobre el tema.

González de León y Salinas Urbina (1997) señalan que parte de la problemática radica en la falta de un abordaje integral, pues prevalece un enfoque biologista de la ginecoobstetricia, que, por lo general, ha soslayado la importancia de los aspectos socioculturales de la sexualidad, la reproducción y la maternidad; así como la perspectiva de género y el concepto de derechos reproductivos.

Otro espacio que necesariamente debe tomarse en cuenta en los trabajos sobre la IVE es acerca de la postura moral de los estudiantes de la salud de educación superior frente a la interrupción voluntaria del embarazo.

El propósito de este trabajo consiste en dar cuenta de las posturas morales de los estudiantes de las ciencias de la salud sobre la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo presente que existe un marco de conceptos morales en las estructuras de su formación, tanto interno como externo de los espacios de educación superior, que determinan las actitudes de éstos frente al tema.

Material y métodos

Este proyecto deriva del Proyecto “Posturas éticas de los estudiantes en ciencias de la salud”¹. Se realizó un estudio de tipo observacional y transversal. Se seleccionaron 9 universidades de la Ciudad de México (5 públicas y 4 privadas), en todas se solicitó autorización oficial para la aplicación del instrumento. Se aplicó la encuesta a estudiantes de las licenciaturas de enfermería, medicina, nutrición, odontología y psicología, en estudiantes de todos los niveles, sin excluir en función de sexo ni edad. Se emplearon 1272 encuestas de autoaplicación y se recabó la información durante 2010.

El estudio fue conducido siguiendo los lineamientos establecidos internacionalmente para la ética en investigación con sujetos humanos, y apeándose a la Ley General de Salud en su Reglamento de Investigación en Salud. Se trata de un estudio sin intervención, de riesgo mínimo. En el instrumento se solicitó el consentimiento informado de los participantes asegurando el anonimato y la confidencialidad, tanto de los estudiantes como de las instituciones participantes. El protocolo fue sometido y aprobado por el Comité de Investigación de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Las principales variables investigadas fueron la opinión de los estudiantes sobre 8 temas: IVE, futilidad (encarnizamiento terapéutico), manipulación de gametos y embriones, eutanasia activa y pasiva, suicidio asistido, participación médica en la pena de muerte, objeción de conciencia, y ética de la salud pública. El instrumento completo consiste en 61 preguntas; 13 reactivos abordan el tema de la IVE.

Éste trabajo aborda los resultados sobre las preguntas relacionadas a IVE. Las variables independientes fueron la carrera estudiada y el tiempo de formación académica, expresado en años cursados. Así también se investigaron la edad, el sexo, la situación marital, la condición económica y la religión.

Para obtener representatividad por carrera se estimó un tamaño de muestra de 1038 estudiantes (588 de escuelas públicas y 450 de privadas). Se aplicaron finalmente 1272 encuestas y distribuidas entre el primero y el cuarto año de la licenciatura.

¹ Desarrollado del 15/04/2010 al 15/12/2012), con patrocinio de la UAM-X. Integrantes del Cuerpo Académico participantes: López Arellano Oliva, López Moreno Sergio. LGAC del CA asociadas a la producción: Políticas y prácticas de salud. LGAC individuales asociadas a la producción: Políticas, prácticas y servicios de salud. Clave del cuerpo académico: UAM-X-CA-86

La información se procesó en el programa SPSS v.15. Se estimaron proporciones y se compararon fundamentalmente mediante pruebas de hipótesis no paramétricas.

Resultados

De las 1272 encuestas, 855 corresponden a mujeres y 415 a varones, el grupo etario que predomina es entre los 17 a los 23 años, teniendo mayor proporción las instituciones públicas. La distribución por año que cursan está distribuido 25.8% en primer y segundo año, 25% para el tercero y 23.4% para el cuarto año. La mayoría vive en con sus padres, pertenecen a la religión católica, 676 tienen pareja y 584 no tienen.

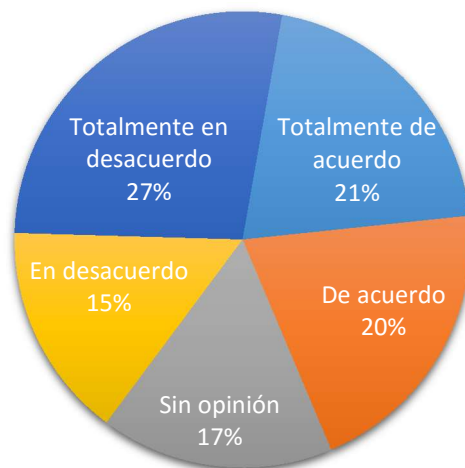
El mayor número de estudiantes fueron de odontología mientras que el menor fue nutrición; en las instituciones públicas hubo mayor participación en odontología, medicina y enfermería, mientras que en las instituciones privadas participó en mayor medida odontología y psicología, cabe destacar que no se aplicaron encuestas en enfermería en instituciones privadas.

		Enfermería		Medicina		Nutrición		Odontología		Psicología		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	34	8.2	120	28.9	40	9.6	122	29.4	99	23.9	415	100
	Femenino	147	17.2	151	17.7	136	15.9	213	24.9	208	24.3	855	100
	No contestó	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2	100
	Total	182	14.3	271	21.3	176	13.8	335	26.3	308	24.2	1272	100
Edad	17 a 20 años	63	11.1	123	21.7	89	15.7	148	26.1	144	25.4	567	100
	21 a 23 años	80	15.1	116	21.9	62	11.7	144	27.2	127	24.0	529	100
	24 a 26 años	26	22.4	25	21.6	14	12.1	25	21.6	26	22.4	116	100
	27 a 29 años	5	16.1	6	19.4	6	19.4	11	35.5	3	9.7	31	100
	30 a 32 años	3	37.5	1	12.5	1	12.5	2	25.0	1	12.5	8	100
	33 y más	3	21.4	0	0.0	5	35.7	4	28.6	2	14.3	14	100
	No contestó	1	14.3	2	28.6	1	14.3	2	28.6	1	14.3	7	100
	Total	181	14.2	273	21.5	178	14.0	336	26.4	304	23.9	1272	100
Tipo de escuela	Pública	181	21.4	187	22.1	116	13.7	188	22.2	174	20.6	846	100
	Privada	0	0.0	84	19.7	60	14.1	149	35.0	133	31.2	426	100
	Total	181	14.2	271	21.3	176	13.8	337	26.5	307	24.1	1272	100
Año que cursan	Primer año	42	12.8	71	21.6	54	16.5	84	25.6	77	23.5	328	100
	Segundo año	42	12.8	71	21.6	56	17.1	82	25.0	77	23.5	328	100
	Tercer año	44	13.8	66	20.8	40	12.6	86	27.0	82	25.8	318	100
	Cuarto año	53	17.8	63	21.1	27	9.1	84	28.2	71	23.8	298	100
	Total	181	14.2	271	21.3	177	13.9	336	26.4	307	24.1	1272	100
Relación de pareja	Noviazgo	83	13.9	132	22.1	80	13.4	154	25.8	147	24.7	596	100
	Vive con su pareja	11	27.5	9	22.5	6	15.0	5	12.5	9	22.5	40	100
	Esposo (a)	7	17.5	6	15.0	7	17.5	14	35.0	6	15.0	40	100
	No tiene	80	13.7	118	20.2	84	14.4	163	27.9	139	23.8	584	100
	Otro	0	0.0	3	27.3	0	0.0	2	18.2	6	54.5	11	100
	No contestó	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100
Total	181	14.2	268	21.1	178	14.0	338	26.6	307	24.1	1272	100	
Actualmente vive	En casa de padres o familiares	154	13.8	225	20.2	160	14.4	292	26.2	282	25.3	1113	100
	Lugar distinto de la casa de sus padres o familiares	27	17.0	44	27.7	17	10.7	46	28.9	25	15.7	159	100
	Total	181	14.2	269	21.1	177	13.9	338	26.6	307	24.1	1272	100
Religión	Católica	121	15.5	172	22.0	115	14.7	225	28.8	149	19.1	782	100
	Cristiana	13	22.0	11	18.6	8	13.6	19	32.2	8	13.6	59	100
	Evangélica	0	0.0	2	25.0	1	12.5	1	12.5	4	50.0	8	100
	judáica	0	0.0	2	33.3	0	0.0	1	16.7	3	50.0	6	100
	Testigo de jehová	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	2	28.6	7	100
	Protestante	0	0.0	2	40.0	1	20.0	2	40.0	0	0.0	5	100
	Ateo	4	9.5	7	16.7	5	11.9	9	21.4	17	40.5	42	100
	Otro	9	11.8	19	25.0	10	13.2	15	19.7	23	30.3	76	100
	Ninguna	15	10.9	20	14.5	13	9.4	25	18.1	65	47.1	138	100
	Prefiere no responder	17	11.4	32	21.5	23	15.4	38	25.5	39	26.2	149	100
	Total	181	14.2	268	21.1	177	13.9	336	26.4	310	24.4	1272	100

Cuadro 1: Características generales de la población.

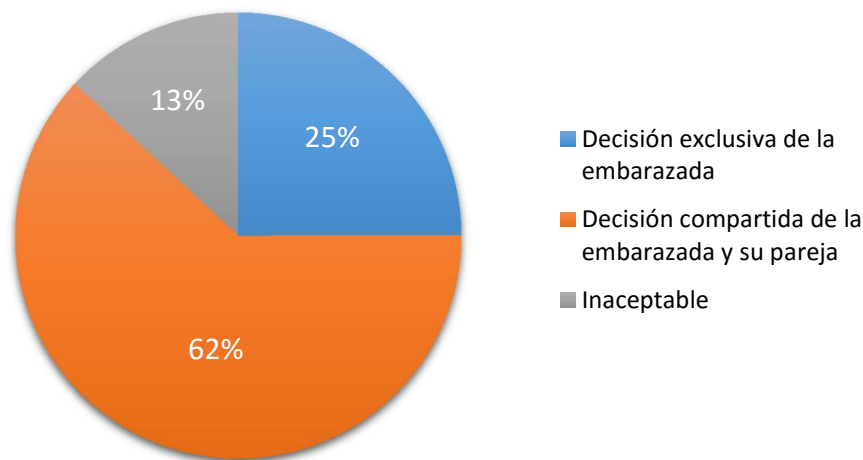
En la Ciudad de México la interrupción del embarazo es legal hasta la semana 12 a petición de la mujer, esto aplica en el programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) del Gobierno del Distrito Federal. Este punto es crucial, ya que cuando se plantea esta posibilidad, no hay un impedimento legal para que la mujer lo realice, aparte quedan los argumentos que pueden llevar a que a pesar de que esta práctica sea legal, existan mujeres que no lo hagan (por cultura, religión, etc.)

El rango de opción de respuestas de la siguiente sección es desde “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “sin opinión”, “en desacuerdo”, y “totalmente en desacuerdo”. Al preguntar directamente si la IVE es viable por decisión de la embarazada, prevalece la opción “totalmente en desacuerdo” (27%); si se reúne el porcentaje de opiniones en favor y en contra se obtiene que la postura está casi a partes iguales (40.9-42.6%). Esto puede hacer pensar no solamente que en los contenidos de los programas de licenciatura de ciencias de la salud no está presente la noción de autonomía y derechos de la mujer, sino que también se manifiesta el capital cultural con que los estudiantes enfrentan la pregunta. Por otro lado, también lleva a preguntarse acerca de la oposición que se tiene en estos temas, pues a pesar de opinar que la IVE debería ser un derecho, los estudiantes muestran reticencia al preguntárselos desde su postura profesional, y entonces la postura se inserta bajo una perspectiva de derechos y de respeto a la ideología del profesional de la salud (Gráfica 1).



Gráfica 1. ¿La IVE sería aceptable simplemente por la decisión de la embarazada en un embarazo menor a tres meses?

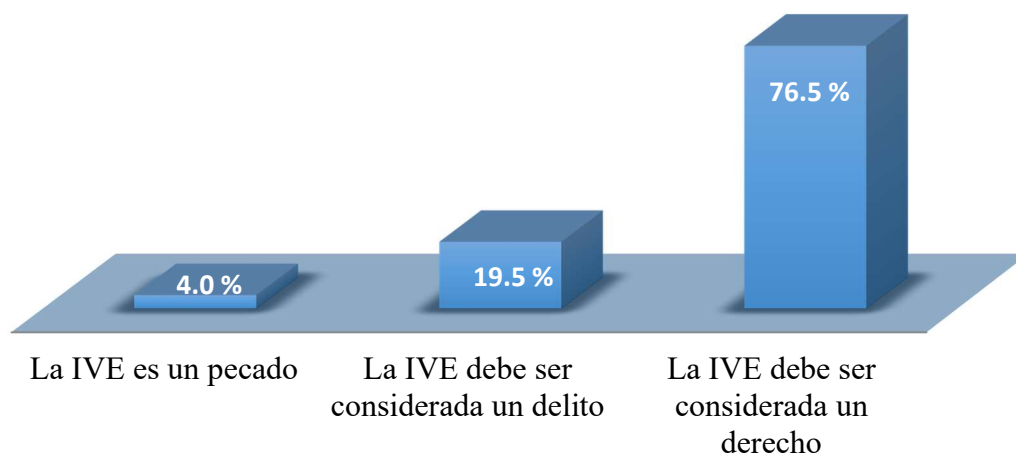
A primera instancia, los estudiantes muestran una postura de responsabilidad compartida de pareja en la toma de decisiones con un 62%, seguida del reconocimiento hacia la mujer como la única capacitada para tomar esta decisión con un 25%; los estudiantes que manifestaron la IVE como inaceptable representan un 13%. No se presentan diferencias por sexo, ni por grupo de edad; sin embargo por carrera existen grandes diferencias. Mientras que para psicología el 30.7% la decisión recae exclusivamente en la embarazada, enfermería, lo reconoce en un 21.7%. La postura de la decisión compartida en pareja, los estudiantes de nutrición manifestaron un 66%, mientras que medicina tiene el 55%. Finalmente, el 18.5% de los estudiantes de medicina considera inaceptable la IVE, mientras que el extremo, psicología, lo considera inaceptable en un 7.2%. No se presentan diferencias entre universidades públicas y privadas. La diferencia entre año de carrera muestra que la decisión compartida entre la embarazada y su pareja se mantiene constante en los cuatro años de carrera (entre el 61% y 63%); la decisión exclusiva de la embarazada se presenta en un 20% en el primer año, incrementándose esta postura para el cuarto año (27%); mientras el porcentaje que considera el IVE como inaceptable en el primer año es el 17%, disminuyendo la postura para el cuarto año con un 11%.



Gráfica 2. En embarazadas mayores de 18 años, ¿quién debería tomar la decisión de la IVE? (Fuente: elaboración propia).

Un 76.5% de los estudiantes considera que la IVE debería considerarse un derecho. Sin embargo, hay estudiantes que manifiestan que el IVE debería considerarse delito o pecado, representando un 19.5% y 4%, respectivamente. No hay diferencias entre universidades públicas y privadas. Sin

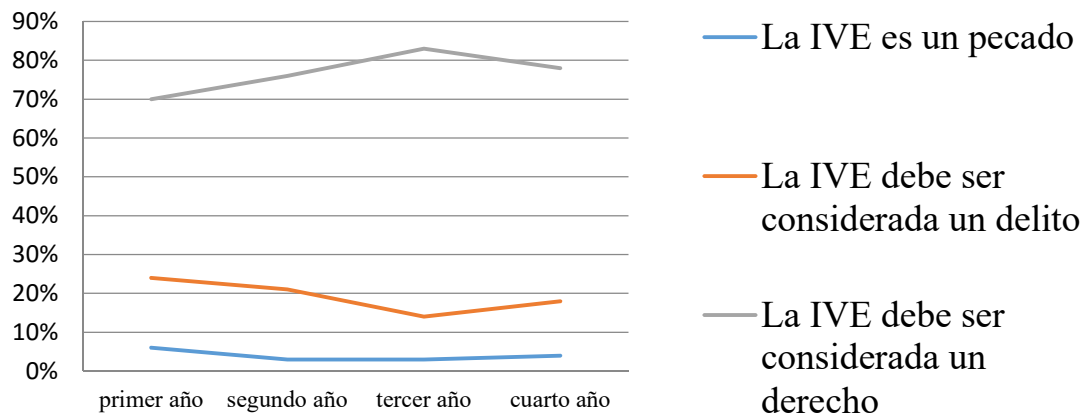
embargo, si se hace una diferenciación por licenciaturas, encontramos que psicología presenta un mayor porcentaje de estudiantes que consideran el IVE como derecho (85%), mientras que las carreras que presentan un menor porcentaje en este rubro son enfermería y medicina (ambos con 71%); otra diferenciación importante es la postura entre carreras para los estudiantes que consideran el IVE como delito, medicina presenta la mayor cifra con 26%, y por el contrario en psicología representa un 11%. El mayor porcentaje de los alumnos que considera la IVE como pecado se encuentra en la carrera de odontología (6%), mientras que los que menos consideran este hecho son los alumnos de nutrición (2%). Otro asunto relevante es que esta opinión varía dependiendo del sexo, mientras que considerar al IVE como derecho se encuentra en una postura similar (hombres 78%, mujeres 76%), la opinión se modifica al considerar la IVE como delito, las mujeres presentan un 21% a diferencia de los hombres que presentan un 17%.



Gráfica 3. Consideración de la IVE como derecho, delito o pecado.

En cuanto a la diferencia por años de carrera cursados, se encuentra que, si bien prevalece la postura de reconocer la IVE como derecho, esta postura no se mantiene constante. En el primer año la IVE como pecado y la IVE como delito presentan la cifra más elevada en comparación con los demás años cursados (6% y 24%, respectivamente, esta postura desciende hasta el tercer año cuando se reduce el porcentaje (3% y 14%), al llegar al cuarto año la cifra se eleva ligeramente (4% y 18%). Un comportamiento inversamente proporcional se encuentra con la postura de la

IVE como derecho, en donde en el primer año se presenta una cifra del 70%, ésta va ascendiendo hasta el tercer año que llega al 83%, para luego descender en el cuarto año 78%.



Gráfica 4. Consideración de la IVE como derecho, delito o pecado y año de carrera.

Al respecto de la consideración de la autonomía para la toma de decisión respecto de la IVE en menores de edad, las opiniones son muy divididas. Por un lado, las posibilidades que aluden a la autonomía de la adolescente, como la decisión de la embarazada (20.3%), y la decisión compartida con su pareja (24.1%) componen un 44.4%. Por otro lado, las posturas que apuntan hacia la inclusión de otros en la decisión, como la decisión compartida con los padres (44.7%) o la decisión exclusiva de los padres de la embarazada (1.8%) componen un 46.5%. Un porcentaje importante (9.1%) considera inaceptable que menores de 18 años de edad recurran a la IVE. La diferenciación entre sexos radica que mientras los hombres opinan que la decisión exclusiva de la embarazada es del 17%, las mujeres presentan un 22%.

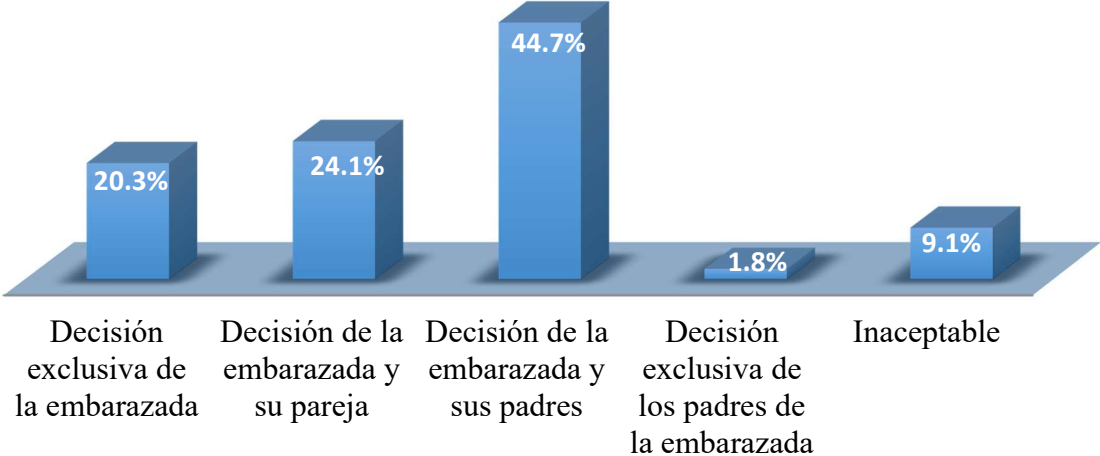
Estudiantes de universidades públicas presentan una postura dirigida hacia la decisión exclusiva de la embarazada (22% frente a 18% de las privadas) y la decisión compartida de la embarazada con su pareja (25% frente a 22% de las privadas), mientras que en las universidades privadas la postura tiende hacia la decisión compartida entre la embarazada y sus padres (48% frente a 43% de las privadas).

La postura entre diferentes carreras resulta ilustrativa. Psicología otorga gran relevancia a la decisión exclusiva de la embarazada (27%; le sigue medicina con el 20%) y a la decisión compartida con la pareja (28%). Las carreras que están minoritariamente a favor de esta postura

de autonomía es odontología con 16% a favor de la decisión exclusiva de la embarazada, le siguen nutrición, enfermería y medicina con 18%, 19% y 20% respectivamente. Medicina, odontología y nutrición mantienen una postura similar frente a la decisión compartida de la embarazada con su pareja (21%, 22%, y 23%), mientras que enfermería mantiene una actitud similar a la de psicología, igualándolo con el 28%.

El 50% de los estudiantes de odontología manifiesta que la decisión la debe de tomar la embarazada con la intervención de sus padres, en segundo plano se encuentra nutrición y medicina con 46%. La licenciatura con mayor porcentaje que considera inaceptable esta situación es medicina con un 12%, mientras que psicología representa el 5%.

Existe también una diferencia cuando los estudiantes van avanzando de año en la licenciatura, mientras en los dos primeros años se mantiene una postura acerca de que la embarazada comparta la decisión con los padres (47% y 48%, respectivamente), al cuarto año la postura se modifica, otorgando relevancia a las posturas que aluden al reconocimiento de la autonomía de la embarazada en un 51%, decisión exclusiva de la embarazada con un 25%, y decisión de la embarazada y su pareja en un 26%.



Gráfica 5. ¿Quién debería tomar la decisión de una IVE en menores de 18 años?

Discusión

Un estudio realizado entre 106 estudiantes españoles de licenciaturas como medicina, farmacia, biología, química y nutrición humana, López del Burgo y cols. (2009) dieron cuenta de la importancia de la asignatura “Reproducción humana”, en donde el tema de la IVE es relevante. De los estudiantes que contestaron previo a cursar la asignatura, el 16% considera que una mujer puede abortar en tanto que sea una decisión exclusiva de esta mujer. En contraste, el 24% de los encuestados considera que la IVE no debería de efectuarse nunca. Los demás estudiantes están de acuerdo con la IVE solamente en determinadas circunstancias (violación, riesgo para la madre, malformación o enfermedad del niño, problemas económicos). Por otra parte, el 69% contestó que en la fecundación comienza a existir un ser humano. Estos resultados no son muy alejados de lo encontrado en esta investigación a pesar de tratarse de un país desarrollado no se reconoce la importancia de reconocer la decisión de las mujeres. Luego, parece ser que hay otros elementos, además de los económicos, que determinan estas posturas conservadoras.

Álvarez (2014) aborda el tema preguntándoles a estudiantes de obstetricia de Perú; donde el 49.1% de los estudiantes manifestaron un rechazo a la legalización de la IVE. El 53,1% de estudiantes no optarían por la IVE en caso de un supuesto embarazo y 46,9% recurrían a esta práctica. En este trabajo se buscó identificar la diferencia entre los estudiantes de primer año y los del quinto año. Los de primer año manifestaron una actitud a favor de la IVE en casos de malformaciones, peligro para la vida de la madre, como consecuencia de una violación, problemas económicos y embarazos no deseados. En el 1er año solo un 34,3% estuvieron en desacuerdo con la IVE; mientras que en el 5to año este porcentaje se incrementó al 91,4% de estudiantes en desacuerdo con la legalización de la IVE. Se concluye que, si bien se adquieren habilidades técnicas para el procedimiento, la actitud de desacuerdo frente a la IVE se vuelve más generalizada conforme transcurre su formación. En México no existe la licenciatura en obstetricia, pero aún se da la formación de licenciatura en “enfermería y obstetricia”. Además, como sucede en otros campos relacionados con ciencias de la salud, los profesores pueden ser médicos en muchas ocasiones. Lo mismo sucede, por ejemplo, en el caso de terapia física, donde los profesores suelen ser médicos. Esto hace que las posturas tradicionales de los médicos determinen una postura con los estudiantes, y a su vez que la reproduzcan constantemente; que

estructuralmente tienen como característica actitudes morales que no coinciden con la decisión de interrumpir o no un embarazo por parte de las mujeres.

Álvarez-Díaz (2007) encuentra entre estudiantes de medicina, en una muestra representativa de una universidad del norte de México (ubicada en Chihuahua, en la frontera con los EEUU), que tanto hombres (84.3%) como mujeres (82%) tienen una actitud a favor de la interrupción, principalmente por las causales como producto de una violación, producto incompatible con la vida, y el riesgo de muerte de la madre. Esto es interesante sobre todo porque en el momento de hacer investigación la IVE no era legal en la Ciudad de México, como tampoco lo era en el estado del norte del país, donde la IVE se consideraba (hasta la fecha) un delito con causales de despenalización. Con ello, resulta claro que la legislación vigente y sus cambios no necesariamente cambian la opinión de los estudiantes respecto a estos temas.

Todo esto puede deberse en parte a un currículo oculto dado en la educación médica, ya que las posturas tradicionales de la moralidad y la ética médica se encuentran en contra de la IVE (Álvarez-Díaz, 2008). Los códigos como el juramento hipocrático, la declaración de Ginebra, la declaración de Oslo sobre el aborto terapéutico, la declaración sobre los derechos del no nacido, entre otros, son una muestra clara de ello. Este tipo de documentos de carácter internacional legitiman la postura tradicionalmente conservadora de los médicos, y como extensión, de otros profesionales de la salud.

En el mundo antiguo la escuela hipocrática realizó un periodo de secularización de la medicina que hizo que se transformara poco a poco en lo que actualmente es. En el mundo moderno, en el período de la Ilustración, existe un proceso de secularización de la política. En ambos escenarios quien tomaba las decisiones sobre el cuerpo no era el paciente, sino el médico. Es hasta la llegada de la bioética y la toma de conciencia de que los pacientes son sujetos de derecho, que se inicia la promoción de la autonomía del paciente para que tome decisiones sobre su propio cuerpo.

Lo anterior explica que en varias investigaciones con estudiantes de carreras de ciencias de la salud no exista un enfoque del reconocimiento de la autonomía de la usuaria de los servicios ni un reconocimiento de sus derechos. Estos trabajos dan cuenta de las limitaciones de los programas de estudio para abordar el tema de manera integral. Con los resultados de este trabajo se reafirma el abordaje limitado del tema, lo cual exige replantearse la tarea en cuanto al perfil de egresado que se está formando.

Es importante mencionar el papel de las instituciones de educación superior, según Aboites (2002), las características que presenta el estudiante obedecen a una política educativa en la cual se antepone la importancia de un perfil técnico sobre el científico-humanista, dejando vacíos importantes y limitando el conocimiento de temas trascendentales. En el marco de estos vacíos en la formación bien se podrá pensar el manejo y la reflexión de los conceptos morales, pues no se les presta importancia y generalmente se asumen conceptos morales propios de la profesión y del entorno social. En este sentido, los estudiantes en el proceso de formación hacia la práctica clínica presentan una motivación cuyo interés está dirigido casi con exclusividad hacia las asignaturas denominadas científicas. Esta situación conlleva a pensar el proceso salud-enfermedad en términos estrictamente biológicos o mecanicistas, y nos lleva a una sobrevaloración del rol de los recursos diagnóstico-terapéuticos (Barros, 2002). Esta no es una situación exclusiva de los estudiantes, también entre docentes de medicina y disciplinas afines, no es corriente la valoración de contenidos humanísticos en su currículo; para éstos el discurso sobre una medicina ética y humanismo es considerado una cuestión de muy poco interés (Gómez, 2005).

Sin embargo, está claro que los estudiantes que tienen un marco sociohistórico similar, como pueden ser estudiantes españoles, tienen posturas igualmente conservadoras respecto de la IVE. Por ejemplo, Rodríguez-Calvo encuentra que entre un 66 a 87% de 245 encuestados desearían participar en una IVE si el motivo es peligro para la vida o la salud de la madre, o bien problemas fetales (respectivamente); sin embargo, cuando el motivo es la solicitud de la usuaria de los servicios de salud, disminuye al 17% (en un contexto como el español, con un sistema de salud público, universal, y una legislación que hace legal la IVE hasta la semana 14). (Rodríguez-Calvo et.al., 2012).

El perfil de formación no se caracteriza exclusivamente en la ausencia de espacios de reflexión y de promover la interdisciplina para la reflexión de la IVE. También los conceptos morales que históricamente ha presentado el tema en la práctica clínica colaboran para determinar al estudiante sobre este tema.

González de León (1995) expone que si existe una postura del gremio médico, esta es más conservadora pues señala que más allá de enfrentar la IVE como un problema de salud pública y social, las políticas van dirigidas hacia la planificación familiar. También señala la consecuencia de esta falta de consenso dentro del gremio, pues indica que el servicio de IVE depende en gran

medida del criterio de los profesionales de la salud. González de León y Salinas (1997) mencionan que se aborda el tema bajo una perspectiva moralmente censurable que atenta contra la vida; está reducido a que dentro de la formación se reproduce la ideología dominante que deja al médico la capacidad de tomar decisiones por los pacientes bajo su criterio, por ello los factores como el género, la edad o la actividad de la mujer condicionan la práctica. Por ello, en el tema de la IVE hay opiniones de parte de médicos que presentan reticencia hacia lo establecido en la legislación cuando ésta hace legal la IVE, por lo menos en el espacio geográfico donde estudian los estudiantes encuestados.

Aunque en este trabajo no se ha realizado un análisis desde la perspectiva de género, llama la atención que las mujeres no necesariamente sean más liberales que los hombres encuestados. Una de las limitaciones de este estudio es que, al no haberse realizado expresamente para explorar sobre IVE, sino que se encuentra inserto en un estudio más grande, existen variables que tal vez sea importante considerar en futuros estudios. Por ejemplo, parece ser por estudios previos (Ortiz-Ortega, 2003) que si la mujer estudiante de ciencias de la salud cuenta con mayor información sobre métodos anticonceptivos y los emplea adecuadamente, el porcentaje de embarazos no deseados y el porcentaje de abortos es menor que en la población general.

Con lo anterior se presenta una problemática importante para la atención de las usuarias que deciden interrumpir su embarazo, puesto que queda claro que hay conceptos morales que constantemente se reproducen en la formación del estudiante y no necesariamente están a favor de reconocer la decisión de las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

Lo expuesto hace suponer que los futuros profesionales de la salud pueden seguir replicando los modelos tradicionales de moral y ética médica, lo que limitaría o haría difícil que las mujeres puedan recurrir a servicios de aborto seguro (aun considerando el marco jurídico vigente, que hace legal la IVE).

Por otra parte, es necesario replantear el perfil de formación de los profesionales de la salud, no solamente para la adquisición de técnicas y procedimientos actualizados, sino también en el plano socio-humanista que enmarca esta problemática. Resulta necesario que el estudiante presente un enfoque crítico que amplíe el panorama y no se ciña solamente a un concepto moral determinado. La inclusión de espacios formativos relacionados con las humanidades médicas (como la bioética) pueden ayudar a la discusión plural y abierta de todas las posturas implicadas en una

IVE, y no solamente la tradicional que termina negando la posibilidad de la atención y llevando a la mujer posiblemente a recurrir a un aborto inseguro.

Queda claro la falta de reconocimiento de la autonomía de la mujer en relación con su propio embarazo. El reconocimiento de que el hecho clínico se realiza en el cuerpo de otra persona, que tanto ha promovido la bioética con el despliegue de la autonomía, no parece permear entre los estudiantes encuestados. Probablemente esto se pueda entender en parte al carácter todavía paternalista de la dinámica clínica, y que estructuralmente este patrón se encuentra determinado a no reconocer la opinión de los usuarios de los servicios, y con ello, el reconocimiento de decidir el continuar un embarazo o no por parte de la mujer.

El tema se convierte en una problemática para los profesionales de las ciencias de la salud puesto que se establecen juicios morales que los rebasan. La bioética busca el diálogo interdisciplinario, intentando buscar el mejor curso de acción ante un problema ético. La IVE sigue siendo un problema ético, y la bioética puede aportar mucho en la formación de los estudiantes, promoviendo espacios de deliberación donde se reconozca la autonomía de la mujer, su papel como sujeto de derechos, la obligación del médico de no hacer daño, etc.

Referencias

- Aboites H. Globalización y universidad. La construcción de una nueva universidad. Publicado en Universidad, producción y transferencia de conocimientos al encuentro del siglo XXI. México DF: UAM-X, CSH, 2002. Pp. 49-78
- Akin A1, Dogan BG, Ozvaris SB, Mihçioğur S. Introducing medical abortion in Turkey: perspectives of physicians. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118(Suppl 1):S57-S61.
- Álvarez J. Actitudes y conocimientos frente al aborto en estudiantes de la E.A.P de Obstetricia de la Facultad de Medicina de San Fernando. Tesis. Universidad nacional mayor de san marcos. UNMSM-2014
- Álvarez-Díaz JA, Hernández-Mansilla JM. Aborto e interrupción voluntaria del embarazo en bioética. En: Álvarez Díaz JA, López Moreno S. Ensayos sobre ética de la salud. Aspectos clínicos y biomédicos. Vol. 2. Aspectos clínicos. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 43-59.
- Álvarez-Díaz JA. Comentarios sobre causales de des penalización entre estudiantes de pregrado de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) ante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *Rev Inv Clin* 2007;59(5):348-355.
- Álvarez-Díaz JA. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. *Rev Fac Med UNAM* 2008;51(6):249-251.
- Barros J. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade* 2002;11(1):67-84.
- Brenes P, Robles R. Aborto terapéutico: conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios/as de medicina y enfermería. Tesis; Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales. 2009
- Gómez B. Ética y medicina en Michel Foucault: La dimensión humanística de la medicina a partir de una genealogía de la moral. *História, Ciências, Saúde Manguinhos* 2005;12(3):717-734.
- González de León-Aguirre D, Salinas-Urbina A. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cad Saúde Pública* 1997;13(2):227-236.
- López del Burgo C, Calatrava M, Chillerón C, Ruiz-Canela M, Osorio A, Jokin I. Opiniones de estudiantes universitarios sobre el aborto. *Cuadernos de Bioética* 2009;20(3):527-528.

Morales M, Querro R. Los profesionales de la salud y el aborto. Ministerio de Salud de la Nación Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba. 2008.

Ortiz-Ortega A, De La Torre GG, Galván F, Cravioto P, Paz F, Díaz-Olavarrieta C, Ellertson C, Cravioto A. Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical_students_at a major public university in Mexico City. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(2):125-130.

Rodríguez-Calvo MS, Martínez-Silva IM, Soto JL, Concheiro L, Muñoz-Barús JI. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Leg Med (Tokyo)* 2012;14(4):209-213.

Vega Franco L, Rosales S. Conceptos religiosos y actitudes acerca del aborto procurado en estudiantes universitarias. *Rev Mex Pediatr* 1997;64(2):68-74.

El concepto de Autonomía y la formación de los profesionales de la salud: el caso de la interrupción voluntaria del embarazo

Introducción

En los últimos años el contexto histórico ha colaborado para que se presente una condición menos desfavorable a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Es insoslayable reconocer la importancia de procurar un entorno donde las mujeres puedan construir la decisión de continuar o no con un embarazo.

Por otra parte, los estudiantes de las diferentes profesiones de la salud se adscriben a un proceso de formación en este tema que puede situarse fundamentalmente en tres momentos, correspondientes a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. Deben ser capaces de establecer un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento (conocimientos), poder indicar los fármacos o participar del procedimiento de interrupción (habilidades), y finalmente tomar una posición respecto de la interrupción (actitudes). Este último punto ocurre en toda actividad clínica, pero se vuelve particularmente complicado cuando los conocimientos y habilidades se relacionan con eventos alrededor del inicio de la vida humana (como la interrupción del embarazo, la reproducción asistida y el manejo de embriones, etc.), o alrededor del final de la vida humana (como el reanimar o no a un paciente, no iniciar o retirar tratamientos como la ventilación mecánica o la nutrición parenteral, etc.).

Se aprecia que el currículo formal le da importancia al abordar el tema, los docentes y estudiantes de manera general han presentado reticencia y se hace evidente a través de un currículo oculto conservador (discursos y prácticas en donde se exponen conceptos morales que contradicen el derecho a la mujer a decidir).

Partiendo que la autonomía tiene un aspecto relevante en las decisiones de interrupción o no del embarazo, el presente trabajo dará cuenta del concepto que se tiene de autonomía en el perfil del profesional de la salud; se hará un breve recorrido sobre los conceptos de autonomía y la relación que existe entre ésta y el proceso de formación del estudiante de la salud.

Definición de “Autonomía”

Al hablar de autonomía como definición resulta poco claro que exista un consenso al respecto debido a las diferentes connotaciones que se le pueden atribuir. Es común que en la práctica clínica el concepto se asuma como la autonomía que se brinde al paciente, asumiéndolo exclusivamente cómo la acción de otorgar los medios adecuados al usuario del servicio para la toma de decisiones. Lo reducido de esta forma de entender la autonomía ha propiciado confusiones en la práctica clínica. Por lo tanto, resulta importante acercarnos a las reflexiones que se han presentado en esta definición para comprender mejor el concepto.

En el diccionario de la Real Academia Española se define autonomía como la capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala.

En el glosario de bioética de Torres Acosta (2011) la autonomía es uno de los grandes principios de la bioética, es la convicción personal guiada por unos principios y es la capacidad para determinar el curso de acción por uno mismo. La autonomía requiere la capacidad de tomar decisiones y la habilidad de poner en práctica las elecciones hechas. En el contexto del cuidado médico, el respeto por la autonomía individual significa permitir que el paciente escoja si acepta o rechaza tratamientos médicos específicos.

Por autonomía se entiende normalmente la capacidad de regirse por una ley propia y de tomar decisiones por uno mismo, sin dejarse influenciar por los demás; la capacidad de ser responsable de nuestro propio comportamiento y de conducir la propia vida, de acuerdo con la propia conciencia. En la autonomía lo que rige son los principios propios, tras haber reflexionado y elegido. autonomía equivale a libertad (Conill, 2013).

La premisa por antonomasia es que la autonomía es entendida como la capacidad de tomar sus propias decisiones y autogobernarse es una situación inobjetable, plausible y que debe procurarse (Berofsky 2003). Se entiende la autonomía personal como la condición de ser auto-dirigido, de tener autoridad sobre las propias decisiones y acciones cada vez que son propios a la dirección de la vida con sus propios valores y preferencias (Oshana 2003), se añaden ciertas características como la competencia crítica, la independencia, conocimiento relevante al respecto, la estabilidad emocional, entre otras cosas (Berofsky 2003).

Muchas decisiones importantes exigen una delicada ponderación de muchos factores y una gran cantidad de información de fuentes dispares. Es posible que tengamos en cuenta múltiples demandas y compromisos morales, así como una variedad de preferencias no morales con diferentes puntos fuertes y grados de significado personal. La conciencia es entonces esencial para deliberaciones complejas que conducen a las decisiones difíciles e importantes que nos enfrentamos. Si la reconsideración sería no poder controlar nuestra vida satisfactoriamente sin deliberación consciente. No es simplemente querer, o simplemente aprobar, o creer, sino es un acto mental dirigido a la voluntad, entonces de hecho tendría que ser una decisión o un compromiso, o la adopción de un plan o política (Berofsky 2003). Es decir, Si asumimos que al individuo que nace automáticamente se le atribuye la condición de autónomo sería absurdo; este individuo desarrollará su vida envuelto en diversos valores, cultura, costumbres y conceptos morales que definan su opinión, que no necesariamente sería autónoma (Oshana 2003).

Con lo anterior podríamos pensar que para procurar la autonomía debe existir la deliberación consciente; además, debe quedar claro que somos sujetos heterónomos y para este autor, es necesario construir espacios donde los demás ejerzan su autonomía.

Para Oshana (2003) el concepto de autonomía tiene una connotación particular relacionada con la noción de “libertad” o “sociedad liberal” en los Estados Unidos. En este contexto se asume que la autonomía es esa condición de autodeterminarse o autogobernarse y que en la realidad del concepto estadounidense se reduce al espacio de la individualidad; esto lo podemos ejemplificar en el terreno de la salud, donde los estilos de vida saludables o la responsabilidad del cuidado de la salud se ciñen a una responsabilidad individual.

Es decir, el sujeto que se apropia de la autonomía como concepto de construcción de la individualidad no sería capaz para tomar decisiones sobre asuntos sociales porque no estará formado para eso; de ser así, de construir esta mirada individualista de la autonomía en los estudiantes de las ciencias de la salud, se está reproduciendo el discurso de la responsabilidad individual de la salud y no se vislumbra en ningún momento, un espacio para analizar la determinación social de la salud, y mucho menos de fomentar la capacidad de incidir en ellos.

¿Por qué la importancia de la Autonomía?

Históricamente el carácter paternalista de la práctica clínica ha invisibilizado la capacidad de decisión del usuario del servicio, Oshana (2003) devela la problemática de la atención clínica: El paternalismo por el bien de la autonomía, y más adelante señala que el paternalismo usurpa la autonomía porque sustituye la decisión del usuario del servicio.

Estructuralmente la formación profesional tiene sus bases en este modelo de relación, sin embargo, es también en los espacios de formación donde existe la mayor posibilidad de superar estas limitaciones, Waterkemper y cols (2014) plantean la formación de un perfil crítico para tener la capacidad de tomar decisiones de manera emancipada y responsable, y concluyen que las universidades son responsables de la formación de personas que la sociedad necesita. Enfatizan la importancia del perfil del profesor, pues colabora a la formación de una mirada crítica, favoreciendo la construcción de la autonomía con la convicción de que la autonomía debe pensarse en ambientes fuera de la universidad, tales como familia, otros entornos educativos formales y lugares de trabajo. En este sentido, la autonomía es un espacio en constante construcción para los estudiantes.

Cuando esta problemática se plantea en el caso particular de una interrupción del embarazo el perfil del profesional de la salud lo determina a decidir sobre la situación de la usuaria, sobre si se interrumpe el embarazo o no principalmente, de manera tal que se pierde la capacidad de ejercer libremente la decisión o no la continuación de un embarazo.

En tanto, en la formación del profesional de la salud resulta indispensable establecer una mirada amplia que supere conceptos morales que establezcan obstáculos en la capacidad de decisión de las usuarias de los servicios de interrupción del embarazo.

Autonomía como concepto amplio

No podríamos asumir que el concepto de autonomía carece de un proceso histórico. Conill (2013) menciona que el referente más distante corresponde a Grecia, y el concepto presentaba connotaciones políticas, dirigidas hacia la capacidad de las ciudades de autogobernarse. Para Diego Gracia (2012), a lo largo de la historia de occidente la autonomía ha tenido por lo menos

cuatro significados diferentes. El primero es político: la capacidad de las ciudades antiguas y los Estados modernos para crear sus propias leyes. El segundo es metafísico, y fue introducido por Kant en la segunda mitad del siglo XVIII. En este sentido, la autonomía es entendida como una característica intrínseca de todos los seres racionales. Opuesto a esto es el significado jurídico, en el que las acciones se llaman autónomas cuando se realiza con la debida información y competencia y sin coacción. Este último sentido, los más utilizados en la bioética, es ante todo legal en lugar de moral (Gracia 2012).

En “la invención de la autonomía”, Schneewind (2009) expone el proceso histórico del concepto hasta Kant, con este último, define la relevancia del concepto. La autonomía, tal como Kant la veía, requiere libertad contracausal; y él creía en la experiencia unísona del deber moral nos es “dado” un “hecho de razón” que nos muestra incuestionablemente que poseemos tal libertad por ser miembros del reino de lo noumenal (Schneewind, 2009). Esta idea de la autonomía se dirige contra las teorías naturalistas del hombre y contra toda clase de determinación externa mediante algún sometimiento u opresión. Es más, la autonomía, en el sentido de una autolegislación mediante la razón, puede entenderse como principio estructural de la filosofía kantiana entera (Conill, 2013).

De este modo, para Schneewind es hasta el siglo XVIII con Kant que la autonomía presenta una connotación moral, pues la reflexión de los actos de los individuos separado de los conceptos morales naturalistas predominantes en la época implica que los individuos sean capaces de definir sus propias leyes y coexistir bajo una moralidad de autogobierno, de ahí la importancia del concepto de autonomía.

Autonomía en bioética

Acabamos de ver la importancia ética que desde la filosofía moral lleva el concepto de autonomía. En la actualidad, pensamos en el concepto de autonomía presente en los profesionales de la salud, siendo optimistas podríamos asumir que parte de este recorrido va dirigido hacia una reflexión más profunda y crítica en el profesional de la salud y en el estudiante; y, con el tema de la interrupción voluntaria del embarazo cobra un significado relevante. Sin embargo, el concepto de autonomía se ha introducido en las ciencias de la salud de una manera un tanto limitada, donde sin duda la bioética será un terreno ineludible.

Retomando a Diego Gracia (2012), el concepto de autonomía se ha convertido en un asunto legal en lugar de moral. De tal modo que la autonomía desde la dinámica de la práctica clínica se asume como la capacidad de responsabilizar al paciente sobre la atención recibida; de ahí la crítica de prácticas como el consentimiento informado, en dónde la autonomía se reduce a firmar un documento para deslindar de responsabilidades jurídicas a los profesionales de la salud. Por lo tanto, resulta frecuente el carácter reduccionista de la autonomía en la bioética. De tal modo que lo que se pretende es que todo profesional de la salud asuma que la autonomía sea el reconocimiento de que el paciente tenga la capacidad de tomar decisiones.

En el caso del aborto-interrupción voluntaria del embarazo encontramos una problemática al acercarnos al concepto de la autonomía, pues hay posturas que asumen que la autonomía radica en la decisión de la madre, y en contraste, encontramos las posturas de que la autonomía del no nacido debe ser respetada.

Lo anterior, no pretende desestimar a la bioética, la intención más bien es presentar que hay “diferentes bioéticas”. Esta diversidad de enfoques también repercute en la manera de entender la autonomía, enseguida se expondrán algunos ejemplos que sin duda determinan el discurso sobre el aborto-interrupción voluntaria del embarazo.

En las instituciones de educación superior se toma como referencia ineludible la obra *Principles of Biomedical Ethics* (1979) de T. Beauchamps y J. Childress, donde presentan cuatro principios: beneficencia, no Maleficencia, autonomía y justicia. Conocido como Principialismo, esta aportación marcó una pauta para la formación de los profesionales de la salud. No obstante, están ampliamente difundidas las críticas a esta postura (Pardo 2010; Requena P. 2008, 2005). Las principales críticas consisten en presentar un carácter normativo que vuelve reduccionista la práctica clínica, se intenta ponderar uno de los cuatro principios en una intervención clínica, dependiendo del caso, dejando a juicio del profesional de la salud el buen uso de estos principios. Además, se piensa que esta postura es propia de la realidad de la práctica clínica estadounidense, pues la dinámica clínica se presenta en un marco pragmático más que el reflexivo. Además, la aplicabilidad de estos principios se ciñe a los valores propios de la práctica clínica, pues las profesiones de la salud históricamente han perseguido los valores cristianos.

Otro documento recurrente en la formación de los profesionales de la salud es “Los cuatro modelos de relación médica paciente” de Ezequiel Emanuel y Linda Emanuel (1992). Este documento tiene como base la corriente del principialismo, en él se mencionan cuatro modelos

propuestos por los autores con base a su experiencia clínica (modelo paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo); en él se propone la utilización de estos modelos dependiendo la situación que se presente en la dinámica clínica. Las críticas a este documento se ciñen a las de T. Beauchamps y J. Childress, no obstante, el aporte relevante del documento es el reconocimiento de la autonomía en la práctica clínica, puesto que en el entorno paternalista de la práctica clínica no se había reconocido (Méndez, 2010).

En el libro *Introducción a la Bioética* podemos encontrar a diferentes autores que presentan varios matices del concepto de autonomía. Para Reyes (2015) el concepto consiste en ofrecer el consentimiento informado al usuario del servicio, ya que esta conducta debe ser inherente a su formación y señala que conservar esta conducta se hará un acto médico digno; Spagnolo y Comoreto (2015) reconocen que la autonomía es un acto moral, pero en lo práctico lo reducen a señalar una adecuada intervención en el ejercicio del consentimiento informado, asumiendo que de lo que se trata es de poner al paciente en condiciones de dar su aceptación consciente a los cuidados aconsejados para su bien globalmente entendido. Marcó y Tarasco (2015) agregan que el principio de autonomía obliga a dar una información completa a cada paciente sobre los distintos métodos que existen sin ocultar información, dando tiempo para que tome una decisión, sin presionar para que utilice un método concreto, sin manipularle, de forma que exista un consentimiento válidamente informado.

Con base a la pregunta *¿Qué significa la autonomía en la bioética?* Diego Gracia (2012) expone que el significado de la autonomía tal como se utiliza en la bioética es el legal, como desarrollado en torno a la idea de " consentimiento informado ". Es necesario recordar que el llamado principio bioético de autonomía se ha desarrollado principalmente por abogados y jueces, esto significa que la autonomía en materia de bioética siempre se refiere a los actos y no a las personas. La problemática que genera esta situación es que una condición que debe ser tomado como autónoma desde el punto de vista jurídico, no es autónoma desde el punto de vista moral. La bioética entonces se centra excesivamente en el cumplimiento de los requisitos jurídicos de los actos que se pueden tomar para ser autónomo, olvidando que su objetivo es más amplio y más profundo, es decir, la promoción de las personas autónomas.

Incluso así la introducción en la práctica clínica de cuestiones como el consentimiento informado no son más que el cumplimiento de una mera formalidad en muchos casos. (Fernández Lamelas 1999).

Acercándonos al concepto de autonomía, es necesario hacer un breve recorrido en la corriente personalista, ya que esta corriente ha tenido cierta hegemonía en el terreno de la bioética, y en particular con los estudiantes. En general, el personalismo se ha caracterizado por defender los conceptos morales de la iglesia católica, entre los principales grupos adscritos a el personalismo tenemos a los grupos pródida y evidentemente a los grupos católicos. Los principales exponentes son Elio Sgreccia y Juan Manuel Burgos.

En el aborto-interrupción voluntaria del embarazo la corriente personalista tiene una postura en contra, esto conforme los conceptos morales de la iglesia católica sobre el tema del comienzo de la vida humana; pero el discurso trasciende al tratar de imponer en los profesionales de la salud y los estudiantes este concepto; ante esta afirmación el espacio para la discusión sobre la autonomía radica en los derechos del no nacido.

A modo de ejemplo, León Correa (2010) al hablar de aborto desde la bioética personalista expone que el aborto debería estar prohibido, que ningún profesional debería practicarlo y se debe anteponer la autonomía del no nacido, pues prevalece ante la autonomía de la madre.

Sin lugar a dudas uno de los obstáculos determinantes de las posturas del aborto en las estudiantes de las profesiones de la salud es la bioética personalista; esta presenta una carga moral afín a la iglesia católica que se presenta a los alumnos como una arista taxativa de la realidad. De esta manera el tema de interrumpir el embarazo en las escuelas de educación superior es un tema que se evita, y cuando se aborda se hace con un concepto moral propio de la iglesia católica.

Es importante entender que este asunto va más allá de la resolución de un dilema por medio de un sustento jurídico o un código moral deontológico como se aborda comúnmente este tema con las posturas pro-vida y pro-elección. Al asumir que es un dilema pensamos que el problema tiene dos posturas opuestas y que es necesario asumir cualquiera de ellas; con base a la reflexión que presenta la bioética, Diego Gracia piensa que mirar estas situaciones como dímelas estaríamos asumiendo un reduccionismo donde el problema se limita a la argumentación con base a una de las dos posturas, dejando de lado una reflexión pluralista e incluyente, para la superación de esta situación propone asumir como “problemáticas”, en este caso la problemática del aborto o de la interrupción voluntaria del embarazo.

En Fundamentación y enseñanza de la bioética, Diego Gracia (1998) da una justificación del quehacer de la bioética en la formación del personal de salud. Asume que en los últimos

tiempos ha habido una revolución médico-sanitaria que ha modificado los paradigmas en la relación clínica, estas modificaciones presentan tres características: 1) Se supera el paternalismo en la relación clínica y, por lo tanto, existe mayor autonomía del paciente, es decir, hay una mayor capacidad de decisión del enfermo; 2) Las profundas transformaciones en la práctica clínica han modificado el perfil y las capacidades del profesional sanitario; y 3) Esta revolución ha modificado la manera de gestionar las políticas en salud, presentándose grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Como podemos darnos cuenta, este planteamiento, aunque es muy amplio es un exhorto hacia la modificación e implementación de programas y planes de estudio con la finalidad de que existan espacios de análisis que mejoren el perfil de los estudiantes de la salud. Esta propuesta de bioética ofrece otro panorama (mucho más reflexivo e integral), superando las limitaciones de la bioética principialista.

Gaylin y cols. (1996) hacen una crítica a la bioética principialista; estos autores exponen que en esta corriente de pensamiento la autonomía es solamente una entre otros principios importantes (justicia, beneficencia, no maleficencia). Esta propuesta resulta reduccionista al no abordar la complejidad de la dinámica clínica, prevaleciendo la ideología individualista estadounidense y la tradición hipocrática paternalista; tampoco logra superar el matiz religioso que se presenta en la relación clínica. Asumen que se ha ignorado el papel relevante de la autonomía en la práctica clínica que consiste en liberar al paciente de la opresión del paternalismo del médico. En este contexto la autonomía entonces tenía un papel limitado en este proceso histórico, diseñado para satisfacer un propósito transitorio que consiste en desafiar este paternalismo.

En el trabajo traducido como *El triunfo temporal de la autonomía*, Robert Veatch (1984) da cuenta de que esta temporalidad corresponde a un contexto histórico particular. Al tener en cuenta que en la relación clínica el paternalismo ha estado históricamente presente y a raíz de los movimientos sociales de la década de los años 70 del siglo XX los usuarios de los servicios de salud exigen mayor participación en las decisiones que atañen a su salud, estamos hablando del surgimiento de un cambio de paradigma en la forma de establecer la práctica clínica.

Es así que es este mismo periodo surge la bioética principialista en dónde entre otras cuestiones, la autonomía tiene un papel fundamental al reconocer la importancia de las decisiones de los pacientes. Veatch ha sido muy crítico de este principialismo y lo ha jactado de

reduccionista, pero lo que es incuestionable es que todo este panorama hace evidente un proceso histórico particular en dónde se supera el paternalismo, por lo menos en el terreno ideológico, y se plantea el tema de autonomía no simplemente como esa toma de decisiones del usuario del servicio, sino como un tema inexplorado que es necesario de reflexionar constantemente, de ahí que se asuma que temporalmente la autonomía ha triunfado.

Con esta revisión podemos dar cuenta que en lo que respecta en la dinámica clínica el concepto de autonomía está muy lejos de tener el contenido ético, reflexivo y pluralista expuesto anteriormente. La autonomía, aunque se considera importante, habría que reconocer que se encuentra en un concepto muy limitado debido a que para los profesionales de la salud tener espacios para la reflexión y discusión del concepto resulta complicado.

Autonomía en la Interrupción voluntaria del embarazo

A los profesionales de la salud en formación se les recuerda constantemente que son los usuarios de los servicios de salud quienes deciden el tratamiento y demás situaciones que suceden en la clínica, es decir, el profesional se desprende de la toma de decisiones para otorgarle dicha responsabilidad al paciente. No obstante, la realidad en la práctica dista de ser así.

Retomando el aporte del apartado anterior, dónde hace falta el reconocimiento de un pluralismo moral y la autonomía se ejerce siempre en un contexto, Engelhardt (2001) hace una reflexión acerca de los servicios de salud, diciendo que determinadas visiones morales resultan especialmente relevantes en este entorno; pues los seres humanos están en desacuerdo en la manera de entender la sexualidad humana, la reproducción, la enfermedad, etc.

Es evidente que este aporte nos invita a pensar sobre los conceptos morales del aborto y la interrupción voluntaria del embarazo por parte de los profesionales de la salud, pues queda claro que hay visiones morales que predominan cuando se toca este tema en los servicios y estando bajo la hegemonía de la mirada médica históricamente paternalista, el concepto de autonomía se ciñe bajo el concepto moral de este grupo dominante, de ahí la existencia de las problemáticas que se presentan en los servicios a no reconocer el concepto moral de las usuarias del servicio.

En los últimos años diferentes autores han replanteado el objeto de la bioética clínica con la intención de que no sea visto como un instrumento normativo de la práctica clínica para los profesionales de salud, pues cómo se ha trabajado la bioética clínica no va más allá de una breve

revisión de la legislación ante situaciones concretas en los servicios sanitarios y la imposición de las pautas del principialismo –autonomía, beneficencia, autonomía y justicia--cómo el exhorto hacia los profesionales de la salud a la reflexión personal ante el enfermo.

Para Rueda Barrera (2007) esta visión de la bioética clínica que se ha estado manejando resulta reduccionista, no puede responder a imperativos normativos frente a una ciudadanía moralmente sensible y activa. Entiende que el objeto de la bioética está dirigido hacia la necesidad de pensar otros quehaceres. Esta necesidad obedece a la falta de creación de espacios para la reflexión ante el advenimiento de constantes transformaciones sociales. Pensando desde los espacios académicos, la Universidad se enfrentó a nuevos problemas cuya complejidad requirió de una nueva comunidad de especialistas, pues se reconoce que en estos espacios históricamente se ha presentado una desconexión de los especialistas de las agendas ciudadanas, y es esta circunstancia a la que se quiere responder.

Con esto, Para Rueda Barrera la bioética clínica cumple con una triple función sistémica: a) asumir la complejidad de los nuevos problemas sociales; b) legitimar a la universidad como institución al servicio social y c) acoger a los profesionales de la salud, filósofos y humanistas a una carrera académica prometedora.

Sin embargo, al asumir una responsabilidad social, Rueda Barrera piensa la bioética clínica no cómo un movimiento de acción política—como la postura de organizaciones sociales frente a problemas sociales--, pues asumir así estos problemas sociales supone tanto su desmovilización del ámbito de los asuntos ciudadanos como su reducción a un ámbito particular del escrutinio “imparcial” de los expertos; ambos aspectos purifican la agenda de la bioética clínica de intereses políticos o de desvíos religiosos.

Por último, la constante incorporación de la bioética clínica al manejo del saber experto implicó su reducción a una economía académica frecuentemente desarticulada de los intereses reivindicativos de la ciudadanía y, al mismo tiempo, la desactivación de su papel catalizador en la acumulación de fuerzas ciudadanas (Rueda Barrera 2007).

Teniendo como eje que la principal preocupación de la filosofía de la medicina debe ser el análisis de la salud y la enfermedad y no el análisis de la enfermedad, Svenaeus (2000) señala que al menos que el médico y el paciente lleguen a una interpretación común del problema clínico, y por lo tanto una forma de convivencia, será muy difícil para el paciente alcanzar la auto comprensión necesaria para alcanzar el estadio del ser. Por lo tanto, una de las principales

problemáticas que podemos encontrar es precisamente la falta de empatía del profesional de la salud con la usuaria del servicio que decide interrumpir su embarazo, y que por lo tanto condicionan el acceso al servicio; mientras no se trabaje en superar estas barreras que están presentes en la formación dicha problemática no podrá superarse. De ahí que las mujeres guarden cierto rechazo a estos servicios, principalmente por la falta de empatía con su situación.

La capacitación sobre IVE en especialidades médicas

En 2001, González de León y Billings publicaron un artículo sobre hospitales de la Ciudad de México con respecto al aborto. Este trabajo muestra la postura de los médicos que trabajan en hospitales públicos, se documenta que en la práctica del aborto suelen ser renuentes a realizar el procedimiento, y en general, el acceso de las mujeres a servicios en el sector público es muy limitado. Inclusive las autoras argumentan que los especialistas en ginecología y obstetricia muestran una actitud evasiva frente a la decisión de la mujer o la pareja para abortar. En general, los médicos en México que se niegan a practicar abortos lo hacen porque la práctica va en contra de sus creencias religiosas o debido a su falta de conocimiento sobre las leyes vigentes que prevén abortos legales en circunstancias diferentes; de hecho, los médicos se han mantenido al margen de las discusiones acerca del aborto y las modificaciones dentro de la legislación.

Foster y Cols. (2006) dan cuenta de que la falta de instrucción en aborto no es sólo de la medicina en general, sino se extiende para los programas de residencia, de medicina familiar, ginecología y obstetricia. Estos investigadores realizaron encuestas en los Estados Unidos con estudiantes que pasan por estas etapas dentro de su formación y abordan un punto interesante al afrontar el aborto desde el aspecto clínico, pues lo separa en aborto quirúrgico vacío, aspiración manual o el aborto con medicamentos; la encuesta arrojó que menos del 5% de los programas dedican tres o más horas didácticas para el aborto, y que la variabilidad práctica en la intervención obstaculiza la enseñanza y la unificación de criterios. El rechazo para abordar los temas, a juicio de los encuestados, incluye aspectos políticos, legales, falta de preparación de los docentes, falta de disposición de sitios clínicos, e incluso la creencia de que el aborto es ajeno a la práctica profesional. Los autores concluyen con la importancia de incluir estos temas para garantizar el incremento del número de prestadores del servicio; esto justifica que el trabajo como profesionales de la salud se dirija en los recursos humanos de salud en formación.

La formación continua de técnicas para interrumpir el embarazo en especialistas en ginecología y obstetricia ayuda a garantizar el acceso a un aborto seguro y legal, esta conclusión proviene de la investigación de Eastwood y colaboradores (2006) al estudiar el fenómeno del aborto con relación a la formación de los gineco-obstetras; como antecedente, ellos encuentran que desde la década de los años setenta hasta mediados de los años noventa el porcentaje de los programas de residencia médica que requieren una formación para interrumpir un embarazo dentro del primer trimestre se redujo de 26% a 12%, situación que expone la falta de capacitación del aborto en estos actores. Como respuesta, en 1996 el Consejo de Acreditación para Médicos Graduados (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) estableció que la educación en residentes debe incluir experiencia con el aborto inducido.

A pesar de los aumentos en la disponibilidad y el acceso a las prácticas, solo el 26% de los programas reportaron que todos sus residentes fueron capacitados. Esta situación se debió a que se dejaron restricciones en la reglamentación, pues las personas con objeciones religiosas o morales no están obligadas a proporcionar una experiencia de tal disposición, con lo anterior se limita la capacitación para las complicaciones del aborto. Se encontró con este estudio que aquellos estudiantes que presentan capacitación para interrumpir un embarazo dentro de su formación realizan mayor número de procedimientos, en contraste con aquellos residentes donde la capacitación es opcional. Se puede entonces inferir que los residentes con más experiencia se sentirán más cómodos con la realización de un aborto después de la residencia.

Roy y colaboradores (2006) dan cuenta de instituciones de educación superior de Canadá que implementan programas dirigidos a especialistas en ginecología y obstetricia como consecuencia de la escases de proveedores de servicio de aborto en ese país. Con este preámbulo, se realizó una encuesta para evaluar la calidad de la formación en la atención del aborto en residentes médicos de ginecología y obstetricia, teniendo como premisa que la intención de estos es de convertirse en proveedores de servicio de aborto.

Los datos relevantes del trabajo demuestran que el 75% de las personas que respondieron el cuestionario fueron mujeres, el 71% de los encuestados manifestaron que dentro de su formación se les capacita para atender un aborto; dentro de la calidad de la formación se expresa que la gestación media para la cual los residentes fueron entrenados en las prácticas abortivas fue de 19 semanas (rango 12-24 semanas), y el 60% fueron entrenados para hacer sólo inducciones más allá de las 17 semanas de gestación.

Antes de comenzar la residencia el 50% de los residentes manifestó que habían previsto interrumpir un embarazo después de su etapa formativa, y el 50% restante estaba indeciso o no lo había considerado, esto demuestra que la formación integral que incluya el aborto desde el punto de vista de la calidad de atención despeja dudas a los residentes y les permite tener una intervención de mayor calidad.

Por último, dentro de esta línea acerca de la inclusión de programas para atender un aborto en las instituciones, llama la atención la percepción de los estudiantes en dos diferentes factores, por un lado están los directores de programas que manifiestan que el 60% de instituciones de educación superior presentan programas dónde se prepara al estudiante para atender el servicio de aborto, mientras que la percepción del estudiante es del 27%.

Como continuación de estas investigaciones, Cessford y Norman (2011), de la Universidad de Columbia Británica, Canadá, realiza una investigación con especialistas en ginecología y obstetricia de esta institución. Lo relevante del estudio radica en la importancia que tiene la formación integral del aborto en los estudiantes de medicina: por un lado se emplea el término integral, no solamente por abordar la intervención clínica de calidad dentro de la formación del médico, sino también se le da especial atención al tema de la capacitación para brindar información oportuna a las usuarias del servicio, por lo tanto, no debe ser dirigido solamente hacia los médicos ginecoobstetras, sino a los médicos en general. Esta situación deviene de una serie de discusiones.

La primera de estas discusiones gira en torno al hecho de que en las escuelas de medicina de Canadá y Estados Unidos no se incluyen discusiones sobre el aborto terapéutico, consejería acerca de opciones sobre el aborto, atención post-aborto, o acceso al aborto, la ley y la política que envuelven al tema; esta encuesta da cuenta de que, en general, al tema se le dedica menos de 30 minutos al año. Otro punto a considerar es la importancia que representan los resultados de este trabajo, ya que se encuestó a un grupo de estudiantes de segundo año que no han llevado preparación acerca del tema, y se comparó con estudiantes de cuarto año que habían tenido educación formal sobre el aborto en el tercer año de la carrera; si bien las respuestas fueron significativas, se concluye que es una preparación precaria. En esta misma línea se aborda el tema del aborto en la mujer adolescente, el 40% de los estudiantes encuestados considera oportuno dar aviso a los padres.

En relación al tema del derecho a la información, dentro del contexto del paciente informado, los autores exponen la postura de la Asociación Médica Canadiense al afirmar que "la provisión de asesoramiento e información sobre planificación familiar y de la sexualidad humana es la responsabilidad los médicos", es por ello que se justifica la relevancia de preparar a los médicos en este aspecto.

Los autores prestan gran atención al interés de los estudiantes de poseer información del aborto y la capacitación oportuna en la atención, como parte de su formación; consideran que al proveer un aborto y brindar información de este, deben estar mejor capacitados.

Los argumentos para sostener lo anterior hablan de lo expuesto en el trabajo de García y Fisher (2007): en una encuesta que realizaron, los médicos manifestaron que sus conocimientos se limitan a lo aprendido en la formación y que no se busca capacitación externa; los autores le dan prioridad al reconocimiento que los estudiantes tienen acerca de sus limitaciones y le otorgan un valor agregado a la disposición de estos por tener una mejor preparación.

Fleming y O'Connor (1993) dan cuenta de las posiciones que mantienen los miembros afiliados a la Academia Americana de Pediatría (AAP), se llevó a cabo una encuesta basada en una muestra aleatoria de mil miembros activos de Estados Unidos, de este trabajo se resaltan tres aspectos importantes: 1) de manera general, los pediatras creen que los adolescentes deben tener acceso al aborto, al menos en algunas circunstancias; esta postura de la academia confirma las atribuciones de los médicos en decisiones que no les competen; 2) los pediatras reconocen que notificar a los padres de las adolescentes embarazadas se contraponen a la confidencialidad y los derechos de la embarazada, sin embargo, argumentan que esto obedece en gran medida a las leyes vigentes que les impide actuar de otra manera; 3) el trabajo destaca la postura de las pediatras mujeres en relación con la de sus colegas hombres, pues éstas aprobaron el acceso de los adolescentes al aborto más abiertamente que los hombres.

El uso de la razón para orientar la práctica clínica

Una premisa compartida en el discurso para la formación de los profesionales de la salud radica en procurar los elementos necesarios a los estudiantes para que, con base a uso de la razón puedan resolver los conflictos morales que se llegan a presentar en la práctica clínica. No

obstante, al hacer una reflexión sobre esta premisa surgen una serie de interrogantes que dan cuenta del carácter reduccionista de la misma, pues se soslaya que en la formación del estudiante existe una carga moral particular que no necesariamente colabora con una satisfactoria relación clínica. Diego Gracia menciona que “una de las características de la ética actual... es su desconfianza en el poder de la razón para formular proposiciones deontológicas de carácter absoluto y carentes de excepciones. Pero los productos de la razón en general, y los productos de la razón ética en particular, no pueden aspirar al estatuto de absolutos. Las creaciones racionales son siempre inadecuadas, aproximativas, penúltimas...La razón no es sólo lógica sino también histórica. Si la razón lógica fuera capaz de disolver o resolver todos los problemas de la realidad, si todo se pudiera reducir a un problema de matemáticas, entonces la dimensión histórica carecería de importancia; más bien no existiría” (Gracia 1998).

Valderrama y López (2011) asumen que en la práctica médica constantemente se apela al buen juicio y/o conciencia moral del profesional para resolver problemas. Sin embargo, esto acarrea problemas importantes, pues se asume que la conciencia se fundamenta objetivamente con base la razón; por lo tanto, son criterios unánimes bajo el deber de ser aceptados por todos. Para los autores esta condición ignora que la moral y los juicios de valor, así como la conciencia están determinadas por factores externos, es decir, el juicio de conciencia no es autónomo, sino que opera a partir de la ley moral, pudiéndose entonces calificar como conciencia recta o errónea según su conformidad con esa ley (Rodríguez 1982).

En el caso de la medicina, también se han fijado criterios externos a la propia conciencia. Se ha propuesto que las apelaciones de conciencia deben corresponderse con al menos un objetivo o valor de la medicina, como por ejemplo el alivio del sufrimiento (Valderrama y López 2011). Por lo tanto, apelar al buen juicio del profesional de la salud será reducirse a que la dinámica de la atención clínica se establecerá con base a los conceptos morales que el profesional de la salud establece.

Con lo anterior se presenta una problemática importante para la atención de las usuarias que deciden interrumpir su embarazo, puesto que queda claro que hay conceptos morales que constantemente se reproducen en la formación del estudiante y no necesariamente están a favor de reconocer la decisión de las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

Carácter normativo de los valores en la práctica clínica

No hay duda que el discurso implícito del apartado anterior recaía en apelar por los juicios de valor del profesional de la salud como herramienta para superar los problemas de la práctica clínica. Pero ¿Cuáles son los valores que debe tener el profesional médico?, podemos encontrar aportes como: solidaridad, prudencia, bondad, compasión, responsabilidad, verdad, libertad, amor (Rezzónico 2010) compromiso, honestidad, confidencialidad (Millán 2014); o incluso se podría presentar la interminable discusión si son principios o valores los propuestos por T. Beauchamps y Childress (1979): autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que sin duda tiene un matiz hacia dirigir el comportamiento de los profesionales de la salud.

Inclusive también están los valores presentes en la práctica clínica, como la prevención de las enfermedades y la promoción y conservación de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento humano causado por la enfermedad, la atención a los pacientes para curar a aquellos que sean curables y para cuidar a los incurables, y la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila (Millán 2014).

También podemos encontrar aportes que dan cuenta del valor que se le atribuye a la profesión: “Ciertamente ningún profesionista maneja valores máspreciados que nosotros los médicos, y ninguno llega a tener mayor influencia en la vida de sus semejantes, por ello es tan importante hacer hincapié en lo que es y debiera ser la práctica médica, cosa que nos atañe particularmente a nosotros los médicos, que debe hacernos reflexionar y somos los indicados en dar respuesta a tales cuestionamientos” (Carrillo, 1999). “Como médicos, manejamos los conceptos de hacer el bien, de bondad y comprensión, de protección y ternura, suponiendo que si sabemos curar despertaremos confianza, esperanza y fe” (Vázquez-Ortiz, 2005).

Hay un valor implícito que constantemente se presenta asociado a otros valores y que determina la manera en que se ejerce la práctica clínica, la beneficencia. Aunque en las últimas décadas ha revolucionado la reflexión acerca de la práctica clínica, dando una mayor importancia al respeto a la autonomía del paciente sobre las decisiones de los profesionales de la salud, hay que asumir que la beneficencia como valor se ha impuesto en la práctica clínica. Esto guarda una relación estrecha con las características de la Ética Médica que se enseña en las instituciones de educación superior, dónde la beneficencia tiene un papel relevante a la hora de tomar decisiones.

Existe una pregunta que se asume por antonomasia ¿Qué debo hacer?, y ante esta cuestión se recurre a la *Ética Médica* para colaborar con esta serie de planteamientos, pero ¿la *Ética Médica* resolverá los problemas que se presentan en el ámbito clínico? Resulta oportuno exponer algunas definiciones al respecto: La *ética médica* es el conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud dirigidas a cumplir con los objetivos de la medicina. Por lo tanto, se trata de una forma de *ética profesional*, o sea de una disciplina que se ocupa del comportamiento moral de los profesionistas de la salud cuando actúan como tales. (Pérez Tamayo 2012). La *ética médica* se podría definir como el conjunto de obligaciones de naturaleza moral que gobiernan la práctica de la medicina. Si nos restringimos a una definición dependiente del avance científico actual, la *ética médica* podría ser el estudio crítico de los problemas morales que surgen de la práctica médica en el marco de la ciencia moderna (Rodríguez 2000). Se entiende por *ética médica tradicional* al marco ético normativo que tiene su origen en un texto anónimo griego antiguo, conocido como juramento hipocrático, por el cual una secta de sacerdotes médicos se comprometía ante sus dioses de la medicina y de la salud a cumplir con los preceptos ahí escritos (Vázquez-Ortiz, 2005).

El problema de cuando se aborda la *Ética Médica* radica en el carácter normativo de quien evoca el concepto, pues son muchos los artículos publicados sobre la *ética de la medicina*, en ocasiones mencionando indistintamente la *moral médica* o la *ética*. Al examinar la bibliografía se encuentra con artículos que hablan de *ética médica católica*, o *ética médica judía*. Son artículos de *moral católica* o *moral judía*. Como es un libro de *moral médica católica* el publicado por la Academia Nacional de Medicina de Kuthy y cols. con el nombre de *Introducción a la Ética Médica*. O el innecesario título de *Ética Médica Laica*, de Pérez Tamayo, ya que toda *ética médica* es laica. (Rivero y Duarte 2008)

Incluso en este último título que se menciona, el autor hace una aclaración a modo de reflexión, exponiendo que constantemente se asocia la *moral* de alguna religión con los preceptos de la práctica clínica, y que además busca superar el carácter normativo en el que se encuentra la *Ética Médica* (Pérez Tamayo 2012).

Los preceptos de la *Ética Médica* se encuentran también en documentos con gran trascendencia simbólica para el profesional de la salud, como el juramento hipocrático, la declaración de ginebra, la declaración de Oslo sobre el aborto terapéutico, la declaración sobre los derechos del no nacido, etc, son las posturas tradicionales de la *ética médica* y se encuentran

en contra de la IVE (Álvarez-Díaz 2008). Entonces no solamente la moralidad se presenta con los profesionales de la salud, sino que este tipo de documentos de carácter internacional legitiman las características de esta estructura.

Queda claro entonces que la Ética Médica consecuentemente busca secularizarse y plantearse desde una base laica; resulta complicado la procuración de esta propuesta, ya que de manera estructural encontramos la influencia religiosa en la formación profesional.

La beneficencia como valor por excelencia en la ética médica ha dirigido históricamente el actuar de los profesiones de la salud, no obstante al realizar una reflexión acerca de la relación con la interrupción voluntaria del embarazo encontramos discursos contradictorios; por un lado está la mujer que decide interrumpir su embarazo y por el otro el profesional de la salud que antepone sus valores morales que van en contra de interrumpir un embarazo porque asume la postura que fue adquiriendo durante su formación.

Valores implícitos presentes en la educación médica

Aunque la reflexión de este trabajo vaya orientada hacia la formación de diversas profesiones de las ciencias de la salud, se considera importante reconocer que los valores presentes en la medicina, en gran medida, forman parte de las demás profesiones, como consecuencia de la hegemonía que históricamente ha establecido la medicina con las demás profesiones de la salud. Por lo tanto, aunque en los siguientes párrafos se dirija la reflexión hacia la profesión médica, no se pretende dejar a un lado o darles menor importancia a las demás profesiones, sino se entiende que los valores son compartidos con el resto de los profesionales de la salud.

Existen valores estructurales que determinan la forma de realizar la práctica médica. En este sentido, el proceso de formación del estudiante guarda una relación importante para asumir estos valores, aunque no necesariamente estos valores se manifiestan de manera explícita. Al respecto Chapela y Jarillo (2002) presentan que el perfil de la formación del estudiante de medicina contiene dos currículos: el formal o explícito, que está presente en los planes y programas de estudio; y el oculto, constituido por el conjunto de valores transmitidos implícita o inconscientemente a través de los procesos pedagógicos institucionales. Ambos operan simultáneamente en los procesos de socialización y desarrollo profesional de los estudiantes. Es principalmente a través del currículo oculto expresado en las practicas pedagógicas en la

escuela y el hospital, que los valores, significados y representaciones de la profesión de la medicina son inculcados en los nuevos miembros de la profesión médica. Así, el currículo oculto es determinante en el aprendizaje del conocimiento y de los valores de la profesión (Chapela y Jarillo 2002).

Suarez Obando y Díaz Amado (2007) señalan que el currículo formal propuesto en la carrera de medicina se desdibuja en la práctica...se desatiende la enorme influencia del “currículo oculto”, que ejerce su influencia mediante el ejemplo que los profesores dan a sus alumnos, a través del *ethos* institucional que moldea los discursos (los modos de ver y de comunicar) y, también, mediante la adquisición de costumbres y rituales asumidos como normales o, incluso, deseables (Restrepo 1996). Sólo asumiendo abierta y frontalmente un verdadero proceso de formación ética es posible responder adecuadamente a los retos que plantea la formación de buenos médicos para el mundo contemporáneo, con buena enseñanza, buen ejemplo y promoción de conductas adecuadas (Boon 2004).

Chapela y Jarillo (2002) por medio de entrevistas hacen un análisis de lo que representa ser médico, identificando que en un ambiente clínico las decisiones las toma el médico y la institución de salud a la que se está adscrito, sumiéndose como atributo profesional el hecho de que al paciente se le despoje de la capacidad de decidir.

Parte del análisis da cuenta de las características de la estructura de la formación de estos médicos, en donde se reproducen una serie de representaciones que legitiman esta actitud. Es entonces que la representación de ser médico consiste en esta relación médico-paciente, en donde hay una dinámica de poder que se exige ejercer entre el sujeto que sabe y el sujeto que ignora, por tal motivo no es un espacio para que el paciente pueda tomar una decisión. Además, parte de esta construcción simbólica radica en la aparente superioridad profesional reproducida tanto en el ambiente clínico como en el ambiente familiar, pues este entorno legitima esta actitud del médico por medio de comentarios, símbolos y signos presentes en la cotidianidad.

Parte de este perfil consiste en la mirada biologista del entorno por parte de los estudiantes, hay una búsqueda constante hacia la validez científica de conocimientos, lo que no permite asumir una mirada amplia al respecto; además, los conocimientos profesionales se legitiman a partir de las formas y reglas institucionales que se encuentran de manera implícita. De esta manera el espacio hospitalario se encuentra subsumida de símbolos y representaciones en dónde el estudiante se adscribe y las reproduce, de tal modo que el ejercicio del poder se

desvincula de las opiniones, actitudes y decisiones del paciente. Es de este modo que el discurso biologista se legitima dentro de la formación, reduciendo la discusión a explicaciones de esta índole. Los siguientes comentarios dan cuenta de la anterior reflexión: “La formación profesional que se postula integra, compleja y multidimensional, contra un aprendizaje cotidiano del escenario clínico en donde al objeto de trabajo, la salud y la enfermedad, se le aísla de sus condiciones sociales, se le fragmenta para su solución y se le circunscribe conceptualmente a su dimensión orgánica y biológica” (Chapela y cols. 1999); los medicamentos y los sistemas médicos se refieren a la totalidad de los conocimientos técnicos, las prácticas, representaciones y un conjunto de instituciones, curadores, filosofías y cosmovisiones que subyacen a estos sistemas, impresionando en ellos las características fundamentales de la concepción de hombre, su salud y sus enfermedades, entre otras cosas” (Modena 1999).

Para Chapela y cols. (1999) esta discusión forma parte de una crisis producto, en parte, de la composición de los planes y programas de estudio, refiriéndose a la licenciatura en medicina. Se ha dado prioridad a la sistematización del conocimiento por medio de la memorización y repetición de solamente algunos títulos en la materia, de tal modo que se ofrece al estudiante un panorama muy reducido sin la intención de establecer un espacio para la comprensión e interpretación de los temas, sino más bien, la memorización y repetición de procedimientos e información de escasos títulos no solamente condicionan la estructura del profesional, sino que también la legitiman.

Más adelante los autores realizan un análisis del aprendizaje en la dinámica profesor-estudiante como determinante de la conformación de la estructura de este profesional: “...en esta corriente el profesor aparece como protagonista que atiende sus particulares intereses”. De esta relación emerge un vínculo estático, donde fácilmente se observan aquellos rasgos esenciales como: autoritarismo, verticalismo y no afectividad de parte de quien enseña. La circulación del conocimiento es unidireccional: del maestro al alumno, el primero transmite y el segundo adquiere. Lo cual produce un resultado inevitable de un alumno sujeto al vínculo de dependencia (Chapela y cols. 1999).

Estos aportes dan cuenta de las características hegemónicas y asimétricas que se presentan en la práctica clínica que, en parte, están condicionados por los valores alrededor de la profesión. Suarez Obando y Díaz Amado (2007) realizaron un trabajo con estudiantes de medicina para indagar acerca de la importancia de la ética médica y la bioética en la formación de éstos

estudiantes y la manera en que vinculan el aprendizaje del aula con la práctica clínica; los resultados consistieron en que existe una discrepancia entre lo enseñado y lo vivido, pues al presentarse un problema los estudiantes no tienen un referente concreto al cual acudir, preguntándole al personal de rango superior, al profesor o al comité de bioética (aunque no sepan cómo acceder a él), apelando a la capacidad personal de tomar decisiones para la resolución de problemas en la práctica clínica, dejando grandes vacíos en la formación. Los autores establecen su reflexión con base a una crítica al modelo educativo presente en la formación del médico, pues constantemente se presenta una desvinculación entre lo teórico y la práctica debido a la falta de una integración entre estas. Se concluye que la oportuna exposición de la experiencia vivida por los estudiantes para discutir en el aula contribuirá en parte a una formación más amplia de los estudiantes.

Conceptos morales en los profesionales de la salud

Cuando se hace alusión al concepto “Moral” puede ocurrir que se comprenda bajo el entendido de una connotación religiosa (que en parte lo es). Constantemente se menciona que una persona es “moral” por lo anteriormente mencionado, sin embargo no es una característica exclusiva de quienes persiguen la moral de una religión específica, sino que toda persona es moral en cuanto establece juicios de valor para regular sus acciones. El principio de la moralidad está en el hecho de que los seres humanos se sienten “responsables” de sus actos y, por tanto, internamente “obligados” a actuar de una manera determinada (Gracia 2012).

Por lo cual el concepto corresponde a una explicación más amplia de la cual se hará un esbozo con la intención de establecer un punto de comprensión sobre la formación de los profesionales de la salud.

Adela Cortina (2000) asume que la moral son “aquellos códigos y juicios que pretenden regular las acciones concretas de los hombres, ofreciendo normas de actuación... Este tipo de reflexión ligada al obrar humano concreto y expresada en juicios prescriptivos ha recibido usualmente el nombre de moral y es tan antiguo como la humanidad”.

Más adelante menciona que hay una heterogeneidad de la moral, de modo tal que no existe una sola moral que se persigue y por lo tanto no hay sujeto que no persiga una moral, es decir, todos somos sujetos morales. En esta pluralidad de contenidos coexistimos, sin embargo

uno de los inconvenientes comúnmente presentados en la sociedad es que se sigue pretendiendo imponer una moralidad como un fin universalizable.

Coincidiendo con lo anterior, MacIntyre (2006) menciona que “los historiadores de la moral se inclinan con mucha facilidad a admitir que las costumbres morales y el contenido de los juicios morales pueden variar de sociedad a sociedad y de persona a persona; pero al mismo tiempo han asimilado diferentes conceptos morales, y así terminan insinuando que, aunque lo que se considera como correcto o bueno no es siempre lo mismo, de un modo general los mismos conceptos de correcto y bueno son universalizables”.

Como se puede dar cuenta, no sólo existe una confusión generalizada sobre el concepto, sino que además los mismos estudiosos del tema llegan a caer en serias confusiones al reflexionar al respecto. Este hecho también trasciende hacia el quehacer de los profesionales de la salud y su formación.

Diego Gracia (2012) realiza una reflexión acerca de la postura moral del profesional de la salud en el servicio: “El ejercicio de la medicina ha planteado siempre problemas éticos y exigido del médico una elevada calidad moral, como lo demuestra la ininterrumpida serie de documentos deontológicos que jalonan la historia de la medicina occidental, desde sus inicios en la época hipocrática hasta la actualidad. Sin embargo, en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios... ¿cómo establecer la diferencia entre lo moral y lo inmoral en una sociedad tan plural como la nuestra, en la que no resulta nada fácil poner de acuerdo a las personas sobre los conceptos de bueno y malo?...De hecho, en un hospital moderno conviven creyentes, agnósticos y ateos, y dentro de cada uno de estos grupos coexisten códigos morales muy distintos. Por otra parte, estas mismas sociedades han elevado a la categoría de derecho humano fundamental el respeto por las creencias morales de todos”.

Historia de los conceptos morales

En el ámbito de la filosofía, Alasdair MacIntyre (2006) señala que desde un punto de vista histórico, al hablar de “moral” constantemente se piensa cómo un concepto separado de la vida social; no se asume cómo parte intrínseca de procesos históricos particulares, de tal modo que la

construcción de los conceptos morales provienen de una historicidad particular en un momento dado. A modo de ejemplo, MacIntyre expone las diferencias entre los diferentes conceptos de “Justicia”, pues no es igual el concepto de Justicia que desarrolla Platón al de Hobbes que al de Bentham. Cada uno traza su concepto mediante la experiencia de vida, el establecimiento de las relaciones interpersonales y el proceso histórico específico de cada uno. Es decir, los cambios sociales determinan un encuadre moral específico.

Para situar la relevancia de la historicidad de los conceptos morales y la importancia de comprender que los cambios sociales se vinculan a un encuadre moral. MacIntyre toma como referencia a la literatura griega, especialmente la transición de los autores homéricos. A modo de ejemplo está la palabra *agathos* que es antecesora de la palabra bueno en el lenguaje contemporáneo, sin embargo existe una diferencia de significados. Entonces *agathos* es un concepto vinculado al papel del noble homérico que hace alusión al sujeto valiente, hábil y afortunado; por tanto en el *agathos* contemporáneo, al decir que un sujeto es bueno no se refiere al valiente, hábil y afortunado. Por lo tanto al hacer alusión a conceptos que en lo cotidiano resultan iguales, nos damos cuenta que las valoraciones de la sociedad son fluctuantes dependiendo del proceso histórico al que se está inmerso se construyen estos conceptos.

Asumir esto como mera colección de conceptos a lo largo de la historia sería limitado, pues la conformación de estos conceptos ha intervenido en nuestras estructuras morales durante siglos, tanto para bien como para mal. Pero además no vivimos con la herencia de una, sino de varias moralidades bien integradas; el aristotelismo, la simplicidad del cristianismo primitivo, la ética puritana, la ética aristocrática de la consunción y las tradiciones de la democracia, el socialismo, entre otras, han dejado su marca sobre nuestro vocabulario moral (MacIntyre, 2006). Con lo anterior, no hay duda que a pesar de que los conceptos morales se vislumbran de manera intrínseca de acuerdo a la moral de un momento histórico dado, este mismo momento histórico al ser fluctuante también modifica el concepto moral de una situación dada, lo que nos exhorta a una reflexión más profunda.

En otro sentido, En el ámbito de la ciencia moderna, comúnmente se toma como referencia los trabajos de Lawrence Kohlberg (1982) sobre el desarrollo de juicio moral. Parte del análisis de los juicios morales, especialmente a partir de los razonamientos que los sujetos se plantean ante dilemas morales. Kohlberg llega a la conclusión que si bien las normas morales o los valores de una cultura pueden ser diferentes de los de otra, los razonamientos que los

fundamentan siguen estructuras o pautas parecidas. Kohlberg realizó una escala del nivel de razonamiento moral a partir de la solución a esos paradigmas en un experimento con niños y adolescentes. Consideró que el desarrollo moral estaba directamente relacionado a la edad y el desarrollo psicológico. Así mismo, considera que son universales, por tanto, válidas para cualquier época y cultura, además de irreductibles. Estos estadios son lineales, siguiendo un orden invariable en el desarrollo de cada individuo, de tal modo que en el esquema de Kohlberg el sujeto pasa por varios estadios de desarrollo moral (Palomo 1989).

Sin embargo varias son las críticas alrededor del desarrollo moral de Kohlberg, por un lado está la interpelación de Gilligan (1994) al decir que esta postura invisibiliza características femeninas ineludibles, puesto que las escalas están compuestas bajo una perspectiva masculina, puesto que a decir de la autora, Kohlberg señala que las mujeres presentan una moralidad disminuida; para Krebs y Denton el modelo de Kohlberg no explica suficientemente la relación del razonamiento moral con la vida cotidiana, puesto que los sujetos, antes que guiarse sólo por principios universales como por ejemplo el de la justicia —que exige un nivel alto de imparcialidad y abstracción—, se orientan por el interés de alcanzar la realización de sus metas personales (Gibbs 2006). Bajo estas condiciones, el razonamiento moral requiere de un sistema de cooperación que no sólo facilite el que los individuos alcancen sus objetivos, sino que garantice que los conflictos se solventen maximizando la satisfacción de los intereses de las personas del entorno. Los sujetos acomodan sus respuestas teniendo en cuenta las características del contexto en el que se da la decisión moral. Cuando la situación dilemática es simple, las personas acuden generalmente a respuestas también simples, mientras que si éstas son complejas sus respuestas también tienden a ser más sofisticadas. En este punto, los estudios muestran que las respuestas son diferentes cuando los sujetos se ven directamente involucrados en el dilema, dado que en esta situación aparecen las emociones; o cuando deben situarse en una posición más imparcial, tal como lo puede demandar un contexto deontológico (Aguirre 2009).

La moral sobre la IVE en las profesiones de la salud

Basta con revisar la bibliografía de referencia que se consulta usualmente para darse cuenta del matiz moral que presentan los autores. Como ejemplo podemos citar tres fuentes en materia de ginecología y obstetricia. En Beckmann y cols. (2010) Se le atribuye una importancia mayor a la

explicación de la etiología del aborto espontáneo. No obstante, hay pocas líneas dedicadas al concepto de aborto inducido, asumiendo que en algunas partes de los Estados Unidos es legal y el manejo consiste en primer término a la intervención por medio de un legrado uterino y en segundo lugar el tratamiento farmacológico; no sin advertir a línea seguida sobre las complicaciones como perforación uterina, desgarro del cuello del útero, hemorragia, la extracción incompleta del feto, entre otras; lo cual de manera implícita existe una postura moral en contra de este tipo de procedimientos. Otro vacío importante que deja esta revisión es que los autores presentan la dinámica vivida en los Estados Unidos, por lo que, si es material de consulta obligada en México, se esperaría bibliografía en donde el tema esté contextualizado; con esto se explica la razón de que no estén conceptos tan hablados como la IVE o una reflexión (aunque sea breve) sobre el asunto de las tomas de decisiones por parte de las mujeres.

Valenzuela (2004) ofrece información breve al respecto; se limita a hacer mención de la clasificación de aborto. En esta referencia es oportuno detenernos a reflexión una situación. Primeramente por el año, puesto que se publica antes de la despenalización en el D.F. en el 2007, en segundo lugar porque al existir otro contexto histórico se hace más evidente la postura moral de los autores. Como ejemplo podemos señalar lo expuesto sobre aborto inducido: “Aborto Legal: Interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación con una justificación legal, generalmente en el caso de embarazos producto de violación o que tengan malformaciones incompatibles con la vida; Aborto electivo: Interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación a petición de la embarazada, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal. Se le considera también como aborto criminal ya que no se encuentra legislado en México”.

Una referencia que también es antigua pero no ha dejado de ser consultada es la de Mondragón (1991), con ella se formaron generaciones de profesionales de la enfermería y resulta importante mencionar debido a que en su revisión se puede ver de manera explícita la connotación moral del autor acerca del aborto. El abordaje del tema radica en la etiología del aborto espontáneo, y dedica un espacio importante al papel que debe desempeñar la enfermera en caso de aborto: ...”La enfermera como parte del equipo de salud y experta en biología, debe explicar a la paciente que en todo el embarazo, por pequeño que sea, la madre es portadora en su vientre de un ser vivo...Es necesario hacerle comprender que este pequeño ser tiene derecho a la vida y le asisten los derechos humanos, que de ella depende conservarla, que ese hijo es dueño de un alma inmortal semejante a la suya...” (Mondragón 1991).

Obviamente lo anterior es consecuencia de un contexto histórico distinto al actual, no obstante, como se puede ver, no solamente hay conceptos morales expuestos sobre el embrión y el aborto, sino que hay una intención para que los profesionales de la salud eviten que las mujeres interrumpan su embarazo. Esto con el tiempo se ha matizado pero no se ha dejado de lado, pues el discurso implícito se mantiene reproduciendo.

Cabe señalar que en ninguna referencia existe un espacio para asumir que la decisión de una interrupción radica en las mujeres, y no solamente eso, sino que permanece un discurso paternalista dirigido a “corregir” el mal actuar de las mujeres.

Conceptos morales sobre la IVE

“La palabra aborto está fuertemente cargada de matizaciones morales a lo largo de la historia. Dado que no es posible eliminar el concepto porque hace referencia a esa interrupción del embarazo que se ha dado y se seguirá dando” (Álvarez Díaz y Hernández 2014). Sin duda existe una connotación moral acerca por el uso de la palabra y se dirige hacia lo negativo.

“En el caso de la ciencia, en su larga historia ha creado palabras y conceptos nuevos para poder describir mejor los fenómenos que se presentan en la realidad. Esto acompaña la evolución misma del lenguaje...la propuesta (de la ciencia) es que se limite su uso exclusivamente al “aborto espontáneo”, a aquel donde la voluntariedad no media la interrupción” (Álvarez Díaz y Hernández 2014).

Incluso se ha mencionado una diferenciación de la moralidad sobre el aborto provocado y el aborto espontáneo; los conceptos morales entre estas dos condiciones son opuestos por lo que también forman parte de la amplia problemática sobre esta discusión. Spector (1997) sostiene que esta diferenciación consiste en conceptos morales que no tienen otro sustento más que los argumentos de índole religioso.

Esta problemática se extiende con el concepto de aborto terapéutico, entendiendo éste como las causas médicas alrededor de un embarazo que imposibilita la viabilidad del producto. Como por ejemplos están: mola hidatiforme, otras anomalías del producto de la fecundación, aborto retenido, embarazo ectópico, entre otras (Molina 2009). Inclusive publicaciones de miembros de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) tienen expuesta su postura en esta problemática, pretendiendo que los profesionales de la salud de esta rama dejen

de lado algunos de los conceptos morales que no dan prioridad a las mujeres: “Cuando el embrión o feto no es viable y el caso clínico indica que la No interrupción significa una muerte de ambos, pues el embrión o feto no tiene alternativas de esperar viabilidad para ser tratado en una UTI neonatal, la decisión en la mayoría de los casos es la interrupción, dado que la ley es inoperante para proteger a la Sociedad. Pero es el profesional el que asume la responsabilidad. Tampoco es un adecuado argumento para no analizar esta situación (Molina 2009)”.

Sin embargo como puede observarse la reflexión alrededor de esta problemática se reduce a un asunto jurídico. Pues en los conceptos morales en que se sustenta esta práctica clínica no son motivo de reflexión en este caso (la vida de la madre vs la vida del producto), dejando para mejor ocasión la discusión sobre el riesgo de la vida de la madre.

Para algunos autores establecer la discusión desde este terreno resulta poco valioso. La misma expresión de aborto terapéutico resulta ambigua, porque puede referirse tanto a casos de aborto directo como a casos de aborto indirecto y, en esa medida, oculta precisamente la diferencia que la mayoría de los opositores al aborto considera moralmente relevante. En todo caso, entre estos últimos la expresión “aborto terapéutico” designa un tipo especial de aborto directo, a saber, la acción en la que se procura la muerte del feto como medio para preservar la vida o la salud de la madre. (Ugarte, 2006)

En el trabajo El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética, Álvarez Díaz (2008) menciona que la palabra “aborto” está fuertemente cargada de ciertas matizaciones morales construidas a lo largo de la historia, acompañada de la evolución misma del lenguaje. Además, este concepto moral sobre “aborto” ha sido adscrito al terreno de las ciencias que, aunque también en este proceso se ha transformado el concepto, no deja de tener una carga moral conservadora. Este trabajo propone entonces superar esa carga negativa del concepto por el de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); más allá de la búsqueda de una definición consensuada, el planteamiento de la IVE describe el proceso histórico en el que se discute esta problemática en tanto que el derecho de la mujer a decidir sobre su situación está como característica primordial en cualquier discusión al respecto.

Conceptos morales sobre el embrión

Se ha hablado de los conceptos morales que están alrededor del aborto, sin embargo también resulta necesario hacer una breve revisión sobre los conceptos morales alrededor del comienzo del embrión ya que para los estudiantes resulta determinante al momento de realizar una reflexión sobre el aborto.

Una de las posturas más recurrentes es la de asumir al cigoto como un sujeto moral, otorgando un estatuto equivalente al de las personas, poniendo la problemática como un dilema entre la vida del no nacido y la vida de la mujer. De este modo, es posible ver que la valoración del embrión como un sujeto, como un miembro de la comunidad, es una operación cultural, una construcción social que nada tiene que ver con una verdad neutral y objetiva, sino con los procesos de negociación que cada sociedad realiza. El problema es que en las sociedades occidentales industrializadas hemos tendido a negar ese carácter construido que tiene la valoración de la vida, disfrazándolo bajo la apariencia de una verdad científica e irrefutable. Pero ver un feto mediante una ecografía o un embrión mediante un microscopio es distinto a asignarle un estatus moral, un carácter de persona o de sujeto de derechos (Morán 2014). La asignación de la categoría de “sujeto” a dicho embrión o feto es una imputación de sentido, una forma subjetiva de otorgarle un carácter moral y/o jurídico, un modo de significar lo que se ve en una ecografía y no un dato observable de manera objetiva en la imagen (Duden 1996). En este sentido, el debate sobre el aborto queda entrampado en el momento en que se lo sitúa como una disputa entre los derechos de la mujer (a la salud, al propio cuerpo, a su vida, etc.) y el derecho a la vida desde la fecundación (Morán 2014).

A modo de ejemplo, Fernández y cols. (2004) presentan los resultados de la aplicación de un instrumento en pacientes de una clínica de fertilidad de Argentina, (130 aplicados) que entre otros cuestionamientos se buscaba la opinión sobre el estatus moral del embrión humano. Como resultado 32% de los participantes cree que el embrión preimplantatorio tiene similares derechos a una persona que vive, el 44,6% no les conceden derechos similares, y el 23,4% respondió que no sabía. Como era de esperar, 100% de aquellos que otorgó plenos derechos al embrión preimplantatorio pensamiento que un embrión implantado tiene derechos similares a los de la vida de una persona. Entre los que creen que el embrión preimplantatorio no tiene derechos similares, 37,5% manifestó que adquiere los derechos similares a las de una persona viva, una

vez que se implanta. Esto nos exhorta a pensar que los conceptos morales sobre el embrión resultan diversos, no obstante aquellos que van relacionados con el concepto de persona guarda mayor predominancia.

Morán (2014) hace una importante revisión que da cuenta de que estos conceptos morales sobre el inicio de la vida humana son fluctuantes para cada sociedad y cada cultura: La antropología ha demostrado que en muchas sociedades no industrializadas el inicio biológico de la vida no coincide necesariamente con el inicio de la valoración de esa vida (Morgan 1989, Susnik 1995, Conklin y Morgan 1996, Mader 1999). En ciertas culturas, el inicio de la vida suele ser asociado al momento del parto biológico, por ser este el primer instante en que es posible visibilizar al niño o niña, mientras que su aceptación social, esto es, la entrada de esa nueva vida a la comunidad, puede ocurrir en un momento posterior, como cuando se cumplen ciertos ritos, cuando ocurren determinados eventos simbólicos de importancia para la comunidad o cuando se alcanza un cierto estado de maduración. Para la antropóloga Lynn Morgan (1989), en múltiples culturas el “parto biológico” está separado del “parto social”. En algunos lugares, por ejemplo, el ingreso simbólico de una nueva vida a la comunidad ocurre recién cuando se le asigna un nombre al bebé, cuando se realiza la perforación de una de sus orejas, cuando se le circuncida, etc., ritos que pueden ocurrir a los pocos días o a los años luego del parto biológico. De este modo, en ciertas sociedades, antes del nacimiento biológico, ni el embrión ni el feto son considerados todavía una nueva vida, ni menos aún sujetos susceptibles de protección o valoración moral (Morán 2014).

Con este trabajo Morán (2014) da cuenta que el argumento principal para asumir que la vida humana comienza desde la fecundación radica en el hecho de que el cigoto contiene información genética de un individuo humano y por tanto será humano, eso los lleva a argumentar que la vida del cigoto es ya una vida susceptible de valoración moral equiparable a la vida humana de la mujer embarazada. La crítica entonces del autor radica en el reduccionismo en que se cae con esta postura.

En el terreno de los profesionales de la salud el panorama no es diferente, pues esta postura sobre el embrión se extiende en la clínica y, como se mencionó con anterioridad, la verdad científica lo convierte en un recurso legitimado. Esta situación se reproduce en la formación de los estudiantes de las profesionales de la salud, asumiendo este proceso de aprendizaje un matiz taxativo dirigido hacia la postura moral predominante.

Varios autores han escrito bajo esta postura. Roberto Andorno (2004) asume que si bien no pueda demostrarse de modo fehaciente la personalidad del embrión humano, existen fuertes razones para atribuirle el respeto que se debe a las personas. La razón es que no poseemos un cuerpo, sino que de alguna manera somos un cuerpo viviente y este cuerpo ya comienza a existir en el estadio embrionario. Los argumentos a favor del reconocimiento del embrión humano como persona consisten en 1) Reconocer que es una persona con un cuerpo particular; 2) reconocer que el embrión está dotado de unicidad genética, dado que su identidad humana con características propias de ese individuo en particular queda determinada desde el primer momento de su existencia, que aunado con el punto anterior, las características físicas particulares y únicas, contribuyen de un modo decisivo en la configuración de su autoconciencia, así como en su esfuerzo por distinguirse suficientemente de los demás y de tener una inserción propia en la sociedad; 3) La continuidad biológica del embrión, puesto que dicho embrión potencialmente formará un niño (Andorno 2004)

Por su parte León Correa (2010) considera que hay que proteger al embrión, equiparándolo como a un ser humano; de ahí que considera al personalismo ontológico como la corriente de pensamiento más congruente para fundamentar nuestros deberes éticos acerca de la protección del embrión. Considera que la problemática consiste en no otorgarle la libertad y autonomía al feto, y agrega que “una actuación libre de la madre que aborte su propio feto, no sólo está provocándole al feto un grave daño privándole del mayor bien que es la vida, sino que está provocándose a sí misma una pérdida irreparable en su propia dignidad moral como persona. Y en esto tienen también responsabilidad aquellas personas que prestan su ayuda o promueven esa solución para el embarazo no deseado... El aborto es, en definitiva, uno de los mayores atropellos de los derechos humanos, del derecho humano fundamental a la vida.. (León Correa 2010).

Como se puede ver la carga moral no solamente va hacia las mujeres en general, sino que se hace extensiva a las personas que ayudan a abortar, en este caso los profesionales de la salud. Si reflexionamos que la publicación de estos documentos van dirigidos precisamente hacia los profesionales en formación, sin duda alguna resulta determinante a la hora de establecer juicios.

Frente a estos argumentos taxativos dónde se asume al embrión como persona, y la ciencia busca una explicación para fundamentarlo, encontramos evidencias contundentes de escritores relevantes en la materia que sostienen que el embrión humano no puede ser reconocido

como persona puesto que el embrión no tiene la capacidad de pensamiento y por ende de autoconciencia, por lo tanto no puede ser tomado como un ser racional. Si la persona es un ser racional, sería necesario que el sistema nervioso, soporte biológico de la racionalidad humana, tenga un grado particular de desarrollo. Es así que T. Engelhardt (1995), P. Singer (1997) y M. Tooley (1983) asumen por separado que en la medida en que un ente vivo manifiesta evidencias de autoconciencia alcanza el reconocimiento de persona; por tal motivo ni el embrión e inclusive ni el feto estarían alejados de tal reconocimiento.

Por otro lado Álvarez Díaz (2009) presenta un trabajo que en parte aborda esta problemática en los países de América Latina. Considera que hay una alta religiosidad alrededor de estos conceptos, y por otro lado, presenta la postura de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER) considerando que: "...no puede afirmarse con certeza en cuando comienza la persona...Por todas las razones expuestas, esta Sociedad no puede respaldar desde un punto de vista científico las expresiones respecto a que los embriones son niños". SAMER considera desde la perspectiva estrictamente científica que la tesis de que un embrión es una persona es insostenible. Por todo lo expresado considera que, es de absoluta relevancia diferenciar los diferentes estadios evolutivos, es decir el devenir de los hechos clínicos, en esta realidad biológica diferente y compleja, antes de la emisión de los juicios de valor (SAMER 2005)

Con esta problemática se ha mencionado que constantemente con este tema se cae en tres reduccionismos; el primero consiste en el planteamiento sobre el llamado estatus biológico o científico del embrión humano, atribuyendo una explicación biológica como única salida; el segundo consiste en el carácter religioso de las éticas teónomas (y bioéticas teónomas) en donde la cuestión a resolver está alrededor de la presencia o no del alma; y el tercer reduccionismo consiste en apelar al marco jurídico vigente para tomar una decisión. Se puede decir que este tipo de reduccionismo se observa cuando, en una discusión ética, se invocan "hechos" sobre el llamado estatus biológico o científico del embrión humano. Se pretende reducir un problema ético a uno técnico: ¿el embrión es un ser humano? (Álvarez Díaz y Hernández 2014).

Sin duda alguna esta condición se presenta de manera constante en la formación dentro de las instituciones de educación superior, donde los estudiantes buscan respuestas ante la problemática que se presenta en su entorno y la respuesta, más allá de pretender ser amplia y crítica, se busca una respuesta sencilla y pragmática.

Conclusiones

El concepto de autonomía tiene un significado en la vida cotidiana que permite que la gente se entienda al hacer referencia a él. Sin embargo, al adquirir un carácter especializado, se puede apreciar que el desarrollo moral y la reflexión filosófica sobre sus significados en diferentes momentos históricos, y en diferentes contextos, hace muy complejo su análisis. Sin embargo, está claro que después de la obra de Kant, tiene estrecha relación con el respeto a la autodeterminación, y de ahí, con el respeto a la toma de decisiones de los seres humanos sobre sí mismos, sobre sus cuerpos, y sobre sus vidas.

La característica de la formación de los profesionales de salud presenta importantes limitaciones que forma parte de una problemática contradictoria; por un lado, la interrupción del embarazo es un tema que no se aborda, por tanto, se representan una serie de conceptos morales arraigados en la práctica clínica que van dirigidos hacia el discurso taxativo del no al aborto, estableciendo una formación en la cual no se reflexiona sobre la complejidad del tema, reproduciendo el discurso paternalista donde la decisión de interrumpir o no un embarazo depende de la situación que se presente, asumiendo que el profesional de la salud tiene la autoridad de decidir sobre la usuaria; en contraste, los espacios de formación donde se aborda el tema de manera explícita resultan escasos y con limitaciones conceptuales que se ven rebasados ante la hegemonía de los conceptos morales arraigados de la práctica clínica. Con este panorama, el concepto amplio de autonomía se contraponen constantemente a la práctica clínica, radicando su complejidad en el proceso histórico del ejercicio de la práctica clínica.

Partiendo de esto, dar por hecho que la autonomía consiste en flexibilizar la práctica clínica hacia la toma de decisiones clínicas del usuario o limitarse a una exhaustiva revisión jurídica resulta limitado, pues mientras las instituciones de educación superior no modifiquen sus planes y programas de estudio con la finalidad de establecer espacios de reflexión de contenidos complejos reproducirán sin duda la problemática de la falta de reconocimiento de procurar la toma de decisiones de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Al superar la bioética el carácter normativo de la clínica, se presenta como un espacio que colabora en la formación del perfil de los profesionales. El proceso favorece a pensar que coexistimos en una diversidad de conceptos morales y como ciudadanos es responsabilidad de

todos procurar los conceptos morales de todos, sin imponer una mirada solamente, formando profesionales que den cuenta de la importancia de un pluralismo. De este modo, es responsabilidad colectiva procurar la construcción de la autonomía de todos los que forman parte de esta. Con esto, la finalidad es que las decisiones sean libres, con todos los elementos que ayuden a que la usuaria decida o no continuar con su embarazo.

Siendo esto así, en el tema de la IVE, es necesaria no solamente esta reflexión en las aulas con los estudiantes de pregrado, lo es entre estudiantes de posgrado en carreras de las ciencias de la salud (particularmente los médicos y especialidades relacionadas con la temática, como podrían ser la ginecoobstetricia, la genética, etc.). Además, esto debería repercutir en algún momento en la generación de políticas públicas que defiendan la autodeterminación que indica la autonomía, ya sea en las políticas educativas (para que se aprenda esto desde los más pequeños), ya sea en el campo de la salud. Kant decía que el derecho sin ética es ciego, y que la ética sin derecho es inoperante. Sus palabras siguen vigentes.

Referencias

- Aguirre E. Aproximación pragmática a la teoría del juicio moral, desde la crítica a Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* (Vol. 7 no. 2 Especial jul-dic 2009)
- Álvarez-Díaz J. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. *Rev Fac Med UNAM* Vol. 51 No. 6 Noviembre-Diciembre, 2008
- Álvarez Díaz J. Sobre la posibilidad de la donación de embriones en Hispanoamérica. *An Fac med.* 2009;70(2):135-42
- Álvarez Díaz J, Hernández J. Aborto e interrupción voluntaria del embarazo en bioética. En ensayos sobre ética de la salud, aspectos clínicos y biomédicos. Universidad Autónoma Metropolitana. 2014
- Andorno R. La dimensión biológica de la personalidad humana: el debate sobre el estatuto del embrión. *Cuad. Bioét.* 2004/1ª
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.

- Beckmann C. et al. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Lippincot. 6º edición. Barcelona 2010
- Berofsky B. Identification, the self, and autonomy. *Social Philosophy & Policy Foundation*. 20 (2): 199-220 (2003)
- Boon K, Turner J. Ethical and professional conduct of medical students: review of current assessment measures and controversies. *J Med Ethics* 2004; 30: 221-226.
- Carrillo FR: *La medicina contemporánea y la medicina de todos los tiempos. La responsabilidad profesional del médico*. Segunda edición. México. Editorial Porrúa, 1999: 175-184.
- Cessford T, Norman W. Making a case for abortion curriculum reform: a knowledge assessment survey of undergraduate medical students. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33:38-45.
- Chapela C, Jarillo E, Granados J, Arroyave G. La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas. *Salud Problema No. 7; Nueva Época, Año 4, diciembre de 1999. Págs. 45-54.*
- Chapela M. Jarillo E. Reproducción de valores médicos a través de la formación de estudiantes en medicina. *Salud Problema 12 - 13, Nueva Época, Año 7, junio - diciembre 2002. Págs. 29-38*
- Conill, J. (2013). La invención de la autonomía. *Eidon*, 39, 2-12
- Conklin BA, Morgan LM. Babies, Bodies, and the Production of Personhood in North America and a Native Amazonian Society. *Ethos* 1996; 24(4): 657-694.
- Cortina A, *Ética mínima, introducción a la filosofía práctica*. Tecnos sexta edición. Madrid 2000.
- Duden B. El concepto de 'Vida': un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas. *DUODA Revista d'Estudis Feministes* 1996; 11: 79-96.
- Eastwood K, Kacmar J, Steinauer, J, Weitzen S, Boardman L. Abortion Training in United States Obstetrics and Gynecology Residency Programs. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 108, No. 2, august 2006.
- Engelhardt T. *Fundamentos de bioética*, Barcelona, Paidós, 1995.
- Engelhardt T. The many faces of autonomy. *Health Care Anal.* 2001;9 (3):283-97.
- Ezekiel E, Ezekiel L. Cuatro modelos de relación médico –paciente. En *Bioética para clínicos*. Madrid. Ed Tricastela, 1999. Pp. 110-126
- Fernández Lamelas M. Preparación bioética de los futuros profesionales de enfermería. *Cuadernos de Bioética* 1999/2

Fernandez D, de Vincentiis S, Chillik CF, Brugo-Olmedo SP. Patients' opinions regarding preimplantation genetic diagnosis in a Latin American fertility clinic. *Fertil Steril*. 2004;81(2):463-4

Fleming G, O'Connor K. Adolescent Abortion: Views of the Membership of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, March 1993, Volume 91 / Issue 3

Foster A, Polis C, Allee MK, Simmonds K, Zurek M, Brown A. Abortion education in nurse practitioner, physician assistant and certified nurse-midwifery programs: a national survey. *Contraception* Volume 73, Issue 4, April 2006, Pages 408-414

Gaylin W, Steinbock B, Veatch R. Can the moral commons survive autonomy? *The Hastings Center Report*. (November-December 1996): p41

Gibbs, JC. Should Kohlberg's cognitive developmental approach to morality be replaced with a more pragmatic approach? Comment on Krebs and Denton. *Psychol Rev* . 2006 Jul; 113 (3): 666-71.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

González de León-Aguirre D, Billings D (2001): Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals, *Gender & Development*, 9:2, 87-94.

Gracia Guillén D. Prólogo. *Ética y vida. Estudios de bioética*. 1. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El búho: 1998; 1998. P 8-9.

Gracia Guillén D. The many faces of autonomy. *Theoretical Medicine & Bioethics*; Feb 2012, Vol. 33 Issue 1, p57

Kohlberg. *Juv Rev.latinam.cienc.soc.niñez*. 2009 Julio; 7 (2 Suppl 1): 1273-1299.

Kohlberg, L. (1982): Moral stages and moralizations. En Tl Lickona (Ed). *Moral development and behavior*. Trad. Cast. *Infancia y Aprendizaje*, 20, p. 33-51.

León Correa, F J. El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico? *Cuadernos de Bioética*, XXI. 79-93. 2010

MacIntyre, A. *Historia de la ética*. Paidós, Barcelona 2006

Mader E. *Metamorfosis del poder. Persona, mito y visión en la sociedad Shuar y Achuar* (Ecuador, Perú). Quito: Ediciones Abya-Yala; 1999.

Marcó J, Tarasco M. *Bioética y métodos de control natal*. En Porter K. *Introducción a la Bioética*. Méndez editores, 4º edición. México D.F. 2015

- Méndez E. La medicina como Paideia. Anamnesis. Número 2, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Diciembre de 2008.
- Millán J. Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. ol.17 supl.1 Barcelona jun. 2014
- Módena, María Eugenia (1999). Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. La construcción social de la desalcoholización [Culture, Illness, Suffering and Alternative Care. The Social Construction of De-alcoholization]. In Mario Bronfman & Roberto Castro (Eds.), Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina (pp.382-401). México: EDAMEX, INSP.
- Molina R. ¿Es seguro el aborto de causa médica en Chile? Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2009; 74(5): 273 – 275
- Mondragón H. Complicaciones de la gestación. En Mondragón H. Gineco-obstetricia elemental. México D.F. 1991
- Morán Faúndes J. La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica. Acta Bioethica 2014; 20 (2): 151-157
- Morgan, LM. When does life begin? A cross-cultural perspective on the personhood of fetuses and young children. In Doerr E, Prescott JW, eds. Abortion and Fetal "Personhood". Long Beach: Centerline Press; 1989: 97-114.
- Oshana M. How much should we value autonomy? Social Philosophy and Policy, 20, pp 99-126. (2003)
- Palomo A. Laurence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral en la escuela. Rev. Interuniv. Form. Profr. , 4 (1989), 79-90
- Pardo A. La ambigüedad de los principios de la bioética. Cuadernos de Bioética. XXI, 2010/1^a
- Pérez-Tamayo R, Ética médica laica. Fondo de Cultura Económica- El Colegio Nacional- Universidad Nacional Autónoma de México. México 2012.
- Requena Meana P. Sobre la aplicabilidad del Principialismo Norteamericano. Cuadernos de bioética, Vol. 19, N° 65, 2008, págs. 11-27
- Requena Meana P. El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Tesis de Doctorado. Pontificia Universidad de la Santa Cruz. Roma 2005
- Restrepo LC, Espinel M. Semiología de las prácticas de salud. Bogotá: CEJA; 1996

- Reyes P. El acto médico personal y moral. En Porter K. Introducción a la Bioética. Méndez editores, 4º edición. México D.F. 2015
- Rezzónico C. Virtudes y valores en educación médica. Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. 2010.
- Rivero O, Duarte I. Ética en la medicina actual, seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional autónoma de México.
- Rodríguez A. El orden moral. En Ética. 1ª ed. Tercera reimpresión. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 1982: 81-105.
- Rodríguez de Romo A. Utopía o realidad: ¿tiene sentido enseñar ética médica a los estudiantes de medicina? An med asoc med hosp abc 2000; 45(1): 45-50.
- Roy G, Parvataneni R, Friedman B, Eastwood, K, Darney P, Steinauer J. Abortion Training in Canadian Obstetrics and Gynecology Residency Programs. Obstetrics & Gynecology. August 2006 - Volume 108 - Issue 2 - pp 309-314.
- Rueda Barrera, E. La Bioética clínica como movimiento. Revista Anamnesis, boletín de bioética clínica y filosofía de la medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Volumen 1 Número 1 julio de 2007.
- Schneewind J. La invención de la autonomía. Una historia de la filosofía moral moderna/ trad. de Jesús Héctor Ruiz Rivas—México : FCE, 2009
- Singer, Peter, Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional, Barcelona, Paidós, 1997.
- Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER). Postura de SAMER frente a la criopreservación de preembriones. Rev SAMER. 2005;20(2):31-3
- Spagnolo A, Comoreto N. Metodología del análisis de casos por la bioética clínica. En Porter K. Introducción a la Bioética. Méndez editores, 4º edición. México D.F. 2015
- Spector H. La doctrina del doble efecto: ¿ética o religión? Perspectivas Bioéticas en las Américas 1997; 2(1): 93-110.
- Suarez Obando F, Díaz Amado E. La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. Acta Bioethica 2007; 13 (1)
- Susnik B. Interpretación etnocultural de la complejidad sudamericana antigua. El hombre, persona y agente ergológico. Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero; 1995.

Svenaesus F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps towards a philosophy of medical practice. Kluwer Academic Publishers. Netherlands. 2000

Torres R. Glosario de Bioética. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2011

Tooley, Michael, Abortion and Infanticide. New York, Oxford University Press, 1983.

Ugarte J. El derecho de la vida. El derecho a la vida. En: Bioética y derecho. Santiago: Editorial Jurídica de Chile; 2006:328.

Valenzuela E. Aborto. En Castelazo G (coordinador). Fundamentos en Ginecología y Obstetricia. Méndez editores. México D.F. 2004

Valderrama A, López R. Conciencia moral: ampliando su aplicación en salud. Aspectos teóricos y prácticos de los juicios de conciencia en Chile.

Vázquez Ortiz et al. Ética médica y aspectos legales. Acta ortopédica mexicana 2005; 19(3): may.-jun: 132-134.

Veatch R. Autonomy's Temporary Triumph. Hasting Center Report. 14, 1984. Pp 38-40

Waterkemper R, Prado ML, Moya-Medina JL, Backes VMS. From "being to the self" to "become to be": on development of autonomy construction in nursing students. Invest Educ Enferm. 2014;32(1): 33-40.