
EL CONCEPTO DE AUTONOMÍA
Y LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD.
EL CASO DE LA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

ABDIEL FERNANDO URIBE ALLIER*
JORGE ALBERTO ÁLVAREZ-DÍAZ**

ABSTRACT. THE CONCEPT OF AUTONOMY AND THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS. THE CASE OF VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY

The work is divided into two sections: the first deals with how complex the term autonomy is; the second relates to medical education and the training on abortion and voluntary interruption of pregnancy. To deal with the issue of autonomy, we try to define it, highlight its importance, broaden the concept, draw up an outline of what can be understood by autonomy in bioethics, and propose relationships between autonomy and voluntary interruption of pregnancy. On the subject of training, the relevance of reason has been highlighted, but it is recalled that human beings are both reason and emotion, and values cannot be left aside. Values influence clinical practice (this has always been the case, but it has been a silent issue), so their relationship with professional norms and standards are analyzed, as well as the implicit values in medical education. In addition, we analyze several moral concepts held by health professionals, their history, and how such concepts relate to abortion.

KEY WORDS. Abortion, voluntary termination of pregnancy, values, medical education, autonomy.

1. LA COMPLEJIDAD DE LA AUTONOMÍA

En los últimos años, el contexto histórico ha colaborado para que se presente una condición más favorable para 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

*Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México. / afualier@gmail.com // <http://orcid.org/0000-0003-2140-5552>

**Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México. / bioética_reproductiva@hotmail.com // <http://orcid.org/0000-0001-9935-8632>

no con un embarazo. En este contexto, los estudiantes de las diferentes profesiones de la salud, ya sea de manera explícita o implícita, se adscriben a un proceso de formación en este tema que bien puede situarse en dos momentos: el primero consiste en la adquisición de habilidades técnicas para encargarse del servicio, es decir, adquirir los conocimientos y habilidades para administrar medicamentos para interrumpir un embarazo, así como adquirir conocimientos y habilidades para realizar una intervención quirúrgica para interrumpir un embarazo; el segundo momento consiste en el establecimiento de espacios de reflexión para la comprensión de la IVE como un tema complejo, es decir, se reconoce la necesidad de que los estudiantes tengan acceso a espacios de reflexión interdisciplinarios que brinden un panorama comprensivo acerca de la relación médico-paciente.

No obstante, a pesar de que en el perfil de egreso se reconoce la importancia de abordar el tema con amplitud con la intención de reconocer el concepto moral de que esta decisión radica exclusivamente en la mujer en cuestión, los docentes y estudiantes de manera general han presentado reticencia a aceptarlo, lo que se hace evidente por medio de los discursos presentados, en donde se exponen conceptos morales que contradicen el derecho a la mujer a decidir.

A partir de que la autonomía constituye un aspecto relevante en las decisiones de interrupción o no el embarazo, el presente trabajo dará cuenta del concepto que se tiene de autonomía en el perfil del profesional de la salud, y 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.

1.1. AUTONOMÍA COMO DEFINICIÓN

Al hablar de la definición de autonomía resulta poco claro que exista un consenso al respecto debido a las diferentes denotaciones que se le puede atribuir. Es común que en la práctica clínica el concepto se asuma como la autonomía que se brinde al paciente, asumiéndolo exclusivamente como 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 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”.

Para 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 autono-

mía 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 casi equivale a libertad (Conill, 2013).

La premisa por antonomasia es que la autonomía, entendida como la capacidad de tomar nuestras propias decisiones y autogobernarnos, es una situación inobjetable, plausible y que debe procurarse (Berofsky, 2003). Se entiende la autonomía personal como la condición de ser autodirigido, de tener autoridad sobre las propias decisiones y acciones cada vez que éstas son significativas en la dirección de la vida propia con sus propios valores y preferencias (Oshana, 2003); se añaden 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 se tengan 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 se enfrentan. No es simplemente querer, o simplemente aprobar o creer, sino que es un acto mental dirigido a la voluntad, y entonces tendría que ser una decisión o un compromiso, o la adopción de un plan o política (Berofsky, 2003). En otras palabras, si se asume que el individuo nace y automáticamente se le atribuyera la condición de “autónomo”, sería un absurdo: ese individuo desarrollará su vida envuelto en diversos valores, culturas, costumbres y conceptos morales que definen su opinión, que no necesariamente sería autónoma (Oshana, 2003).

Con lo anterior podría pensarse que para procurar autonomía debe existir la deliberación consciente; además, debe quedar claro que los sujetos nacen heterónomos y por ello es necesario construir espacios de construcción de la propia autonomía y para que los demás ejerzan la suya.

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 el contexto estadounidense se reduce al espacio de la individualidad. Esto puede ejem-

plificarse 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 de 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 ésta y mucho menos de fomentar la capacidad de incidir en ellos. Además, si no se procura la formación, tanto individual como colectiva de la autonomía, la toma de decisiones se tomaría desde la estructura.

1.2. ¿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 que la formación del profesor es importante, pues hace posible una mirada crítica que favorezca la construcción de la autonomía con la convicción de que ésta debe pensarse en ambientes fuera de la universidad, tales como familia, otros entornos educativos formales y lugares de trabajo. Es este sentido, la autonomía es un espacio en constante construcción para los estudiantes.

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

1.3. AUTONOMÍA COMO CONCEPTO AMPLIO

Debe asumirse que el concepto de autonomía se inscribe en un proceso histórico. Conill (2013) menciona que el referente más distante corresponde a Grecia, donde el concepto presentaba connotaciones políticas, dirigidas hacia la capacidad de las ciudades de autogobernarse. Diego Gracia (2012) dice que, a lo largo de la historia de Occidente, la autonomía ha tenido por lo menos de tres 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. Desde esta perspectiva, la autonomía es entendida como una característica intrínseca de todos los seres racionales. Opuesto a esto se encuentra el significado jurídico, en el que una acción se llama autónoma cuando se realiza con la debida información y competencia y sin coacción. Este último sentido, de los más utilizados en la bioética, es ante todo legal en lugar de moral (Gracia, 2012).

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 que en la experiencia unívoca del deber moral nos es "dado" un "hecho de razón" que muestra incuestionablemente que los seres humanos poseen tal libertad por ser miembros del reino de lo *noumenal*". 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 el 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, separada de los conceptos morales naturalistas que predominaban en la época, implica que los individuos sean capaces de definir sus propias leyes y coexistir bajo una moralidad de autogobierno, y de ahí la importancia del concepto.

1.4. AUTONOMÍA EN BIOÉTICA

En la actualidad, al pensar en el concepto de autonomía que se presenta en los profesionales de la salud, si somos optimistas podría asumirse que es parte de un recorrido dirigido hacia una reflexión más profunda y crítica en el profesional de la salud y en el estudiante. Con el tema de la IVE cobra un significado relevante. Cabe señalar que el concepto de autonomía se ha introducido en las ciencias de la salud de una manera un tanto limitada, donde sin duda la bioética ha sido 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 donde la autonomía se reduce a firmar un documento para deslindar las responsabilidades jurídicas a los profesionales de la salud. Por ello resulta frecuente el carácter reduccionista de la autonomía en la bioética. De ese modo 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-IVE se presenta una problemática con el concepto de autonomía, en tanto que hay posturas que asumen que la autonomía radica en la decisión de la madre y, en contraste, hay otras que afirman que la autonomía del no nacido debe ser respetada.

Lo anterior no pretende desestimar a la bioética, sino más bien mostrar que hay “diferentes bioéticas”. Esta diversidad de enfoques también afecta la manera de entender la autonomía. Se expondrán a continuación algunos ejemplos que sin duda determinan el discurso sobre el aborto-IVE.

Los famosos “*Principles of Biomedical Ethics*” de Beauchamp y Childress (1979) 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. Las críticas a esta postura están ampliamente difundidas (Pardo A., 2010; Requena P., 2008, 2005). Las principales objeciones consisten en que presenta 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 práctica clínica estadounidense, pues la dinámica clínica se presenta en un marco pragmático más que reflexivo. Además, la aplicabilidad de estos principios se ciñe a los valores propios de esa práctica clínica.

Ezequiel y Linda Emanuel (1992) mencionan cuatro modelos de relación médico-paciente (paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo). El aporte relevante del documento es el reconocimiento de la autonomía en la práctica clínica, puesto que en el entorno paternalista en esa práctica no se había reconocido (Méndez, 2010).

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 al 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 proporcionar información completa a cada paciente sobre los dis-

tintos 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 con información válida.

Con base en 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, desarrollado en torno a la idea de “consentimiento informado”. Es necesario recordar que el llamado principio bioético de autonomía se ha elaborado principalmente por abogados y jueces, lo que 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 tomada como autónoma desde el punto de vista jurídico, no es necesariamente autónoma desde el punto de vista moral. Esta visión de 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 personas autónomas. Con ello, la introducción en la práctica clínica de cuestiones como el consentimiento informado a veces no son más que el cumplimiento de una mera formalidad en muchos casos (Fernández Lamelas, 1999).

La corriente personalista ha tenido cierta hegemonía en el terreno de la bioética, 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 al personalismo están los grupos Provida y grupos católicos, y sus principales exponentes son Elio Sgreccia y Juan Manuel Burgos.

La corriente personalista tiene una postura en contra de la IVE, conforme los conceptos morales de la Iglesia católica sobre el tema del comienzo de la vida humana. El discurso trasciende al tratar de imponer en los profesionales de la salud y los estudiantes este concepto, y con ello el espacio para la discusión sobre la autonomía la enfatizan en los supuestos 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 sobre la autonomía de la madre.

Sin lugar a duda, uno de los obstáculos determinantes para la capacitación sobre IVE en los estudiantes de las profesiones de la salud es la bioética personalista; ésta constituye una carga moral afín a la Iglesia católica que se presenta a los alumnos como una verdad ontológica. 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 desde las posturas provida y proelección. Al asumir que es un dilema se piensa que el problema tiene dos posturas opuestas y que es necesario asumir una de ellas. Con base en la reflexión que presenta la bioética, Diego Gracia piensa que al tratar estas situaciones como diametralmente opuestas se estaría asumiendo un reduccionismo donde el problema se limita a la argumentación con base en una de las dos posturas, dejando de lado una reflexión pluralista e incluyente. Para superar esta situación propone asumir como “problemática”, en este caso el aborto.

Este autor (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. 3) Esta revolución ha modificado la manera de gestionar las políticas en salud, presentándose grandes inequidades en el acceso a los servicios médicos. Este planteamiento, aunque es muy amplio, es un exhorto a 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. Es así que esta propuesta de bioética ofrece otro panorama (mucho más reflexivo e integral) que supera las limitaciones de la bioética principialista.

Gaylin y cols. (1996) hacen otra 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). Aun así, esta propuesta resulta reduccionista al no abordar la complejidad de la dinámica clínica, pues prevalece la ideología individualista estadounidense y la tradición hipocrática paternalista; tampoco logra superar el matiz religioso que ocurre tradicionalmente 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.

Robert Veatch (1984) da cuenta de que esta perspectiva corresponde a un contexto histórico particular. A raíz de los movimientos sociales de la década de los años setenta del siglo XX los usuarios de los servicios de salud exigen mayor participación en las decisiones que atañen a su salud, y se habla del surgimiento de un cambio de paradigma en la forma de entender la práctica clínica.

Cabe anotar que en este mismo periodo surge la bioética principialista, en donde, entre otras cuestiones, la autonomía tiene un papel fundamental al reconocer la importancia de las decisiones de los pacientes. R. M. Veatch ha sido muy crítico de este principialismo y lo ha tachado de reduccionista; este panorama hace evidente un proceso histórico particular en donde se intenta superar 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 reflexionar constantemente.

En lo que respecta en la dinámica clínica, el concepto de autonomía está muy lejos de tener el contenido ético, reflexivo y pluralista necesario. La autonomía, aunque se considera importante, habría que reconocerlo, suele considerársele desde un concepto muy limitado.

1.5. 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 responsabilidad histórica de la toma de decisiones para otorgarle dicha responsabilidad al paciente. No obstante, en la práctica dista de ser así.

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 acerca de cómo entender la sexualidad humana, la reproducción, la enfermedad, y demás.

Es evidente que este aporte nos invita a pensar sobre los conceptos morales del aborto y la IVE por parte de los profesionales de la salud, pues queda claro que hay visiones que predominan cuando se toca este tema en los servicios, y 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 los problemas que se presentan en los servicios al no reconocer la perspectiva 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 como 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— como el exhorto a los profesionales de la salud para la reflexión personal ante el enfermo.

Para Rueda Barrera (2007) esta visión de la bioética clínica que se ha manejado resulta limitada, pues no puede responder a imperativos nor-

mativos 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 las 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 se ha presentado una desconexión de los especialistas frente a las agendas ciudadanas, y es a 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 de servicio social, y c) acoger a los profesionales de la salud, filósofos y humanistas a una carrera académica prometedora.

Al asumir una responsabilidad social, Rueda Barrera piensa la bioética clínica no como un movimiento de acción política —como la postura de organizaciones sociales frente a problemas sociales— pues asumir estos problemas 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 afanes políticos o de desvíos religiosos. La constante incorporación de la bioética clínica al manejo del saber experto implicó su reducción a una economía académica frecuentemente desarticulada de los afanes reivindicativos de la ciudadanía y, al mismo tiempo, la desactivación de su papel catalizador en la acumulación de fuerzas ciudadanas (Rueda Barrera, 2007).

Al tener como eje que la principal preocupación de la filosofía de la medicina debe ser el análisis de la salud y la enfermedad, y no sólo el análisis de la enfermedad, Svenaeus (2000) señala que a 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 autocomprensión necesaria para alcanzar tal estadio. Por ello lo que puede encontrarse es precisamente la falta de empatía del profesional de la salud con la usuaria del servicio que decide interrumpir su embarazo, y con ello condicionan el acceso al servicio, y mientras no se trabaje en superar estas barreras de formación, dicha problemática no podrá superarse. De ahí que las mujeres guarden cierto rechazo a esos servicios, justo por esa falta de empatía con su situación.

El trabajo de González de León y Billings muestra la postura de los médicos que trabajan en hospitales públicos, y documentan que en la práctica de la IVE suelen ser renuentes a realizar el procedimiento, además de que el acceso de las mujeres a servicios en el sector público es muy limitado. 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 va en contra de sus creencias religiosas o debido a su falta de conocimiento sobre las leyes vigentes que prevén abortos legales en ciertas circunstancias. De hecho, los médicos se han mantenido al margen de las discusiones acerca del aborto y las modificaciones dentro de la legislación. La muy reciente modificación de la Ley General de Salud, al agregar el artículo 10 bis sobre objeción de conciencia, es el resultado de una presión de grupos conservadores que dejaremos fuera de los alcances de este trabajo.

Foster y cols. (2006) dan cuenta de que la falta de instrucción sobre aborto e IVE no es sólo de la medicina general, sino que se extiende en los programas de residencia, de medicina familiar, ginecología y obstetricia, y demás. Estos investigadores realizaron encuestas en los Estados Unidos con estudiantes que están pasando por esas etapas dentro de su formación, y lo abordan desde el aspecto clínico, pues lo tratan como aborto quirúrgico vacío, aspiración manual o el aborto con medicamentos. La encuesta arrojó que menos del cinco por ciento 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 (ien Estados Unidos!), a juicio de los encuestados, incluye aspectos políticos, legales, falta de preparación de los docentes, falta de lugares clínicos, e incluso la creencia de que el aborto es ajeno a la práctica profesional. Los autores concluyen que es importante incluir estos temas para garantizar que se incremente el número de prestadores del servicio, y 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 por ciento, situación que expone la falta de capacitación de estos actores. Como respuesta, en 1996 el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* estableció que la educación en resi-

dentos debe incluir experiencia con el aborto inducido. A pesar de los aumentos en la disponibilidad y el acceso a las prácticas, sólo el 26 por ciento 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 atender a tal disposición, y con ello se limita la capacitación para las complicaciones del aborto. Lo que se encontró con este estudio fue 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 que algunas instituciones de educación superior de Canadá implementan programas dirigidos a especialistas en ginecología y obstetricia como consecuencia de la escasez 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, con la premisa de que la intención de éstos es convertirse en proveedores de servicio de aborto. Los datos relevantes del trabajo demuestran que el 75 por ciento de las personas que respondieron el cuestionario fueron mujeres; el 71 por ciento 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 por ciento fueron entrenados para hacer sólo inducciones más allá de las 17 semanas de gestación. Antes de comenzar la residencia, el 50 por ciento de los residentes manifestó que habían previsto interrumpir un embarazo después de su etapa formativa, y el 50 por ciento 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 sobre dos factores. Por un lado, están los directores de programas que manifiestan que el 60 por ciento de instituciones de educación superior presentan programas donde se prepara al estudiante para atender el servicio de aborto, mientras que la percepción del estudiante es del 27 por ciento.

Como continuación de estas investigaciones, Cessford y Norman (2011), de la Universidad de Columbia Británica, en Canadá, realiza una investigación con especialistas en ginecología y obstetricia en esa 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 que se le da especial atención al tema de la capacitación para brindar información oportuna a las usuarias del servicio, y por ello no debe ser dirigido solamente hacia los médicos gineco-obstetras, sino a los médicos en general. Esta situación deviene de una serie de problemáticas.

La primera de éstas gira en torno al hecho de que en las escuelas de medicina de Canadá y Estados Unidos no se incluyen discusiones sobre IVE, ni consejería acerca de opciones sobre el aborto, ni atención posaborto, o acceso al aborto, ni la ley y la política que envuelven al tema, y esta encuesta da cuenta de que, en general, al tema se le dedica menos de treinta 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, donde el 40 por ciento de los estudiantes encuestados considera oportuno dar aviso a los padres.

Con 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 de los médicos", y 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 sobre aborto y la capacitación oportuna en la atención como parte de su formación; consideran que al proveer un aborto y brindar información de éste, 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 éstos 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, y de este trabajo se resaltan tres resultados

importantes: 1) de manera general, los pediatras creen que los adolescentes deben tener acceso al aborto, al menos en algunas circunstancias, y 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 contrapone 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 con relación a la de sus colegas hombres, pues éstas aprobaron el acceso de los adolescentes al aborto más abiertamente que los hombres.

2.1. 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 al 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. Álvarez Díaz y Hernández (2014) citan a Diego Gracia al mencionar 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 en una base objetiva fundada en la razón y, por lo tanto, se trataría criterios unánimes que deberían de ser aceptados por todos. Para los autores, esta condición ignora que la moral y los juicios de valor, así como la conciencia moral, están determinadas en buena medida por factores externos, es decir, el juicio de conciencia no está desligado del entorno, sino que opera a partir de la ley moral (costumbre social), que puede entonces calificarse 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, por ejemplo, el alivio del sufrimiento (Valderrama y López, 2011). Por lo tanto, apelar al buen juicio del profesional de la salud sería reducirlo a que la dinámica de la atención clínica se establecerá con base en 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.

2.2. CARÁCTER NORMATIVO DE LOS VALORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El discurso implícito del apartado anterior apelaba por los juicios de valor del profesional de la salud como herramienta para superar los problemas de la práctica clínica. ¿Cuáles son, pues, los valores que debe tener el profesional médico? Hay propuestas tales como solidaridad, prudencia, bondad, compasión, responsabilidad, verdad, libertad, amor (Rezzónico, 2010); compromiso, honestidad, confidencialidad (Millán, 2014); o incluso se podría retomar la interminable discusión de si son principios o valores los propuestos por Beauchamps y Childress (1979): autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que intentan dirigir el comportamiento de los profesionales de la salud. También están los valores presentes en la práctica clínica propuestos por el Hastings Center, 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, así como evitar la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila (Millán, 2014).

Además, pueden encontrarse aportes que dan cuenta del valor que se le atribuye a la profesión:

Ciertamente, ningún profesionista maneja valores más preciados 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 cómo se ejerce la práctica clínica: la beneficencia. Aunque en las últimas décadas se ha revolucionado la reflexión acerca de la práctica clínica, al dar 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 históricamente en la práctica clínica. Esto guarda una relación estrecha con las características de la ética médica tradicional (la hipocrática) que se enseña en las instituciones de educación superior.

La pregunta ética por excelencia es: “¿qué debo hacer?”, y ante esta cuestión se recurre a la ética médica para colaborar con las cuestiones que planteamos. Entonces, ¿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 ello, se trata de una forma de ética profesional, esto es, 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 se restringe a una definición que dependa 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 contemporánea (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 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, que muchas veces hacen indistinta la moral médica y la ética. Al examinar la bibliografía se encuentran artículos que hablan de ética médica católica, o ética médica judía, y son artículos de moral católica o moral judía. Es el caso del 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 título de *Ética médica laica*, de Pérez Tamayo, aunque hay quienes consideran que toda ética médica debe ser laica (Rivero y Durarte, 2008).

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., que son las posturas tradicionalistas de la ética médica y se en-

cuentran 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 la actual estructura.

Queda claro, pues que la ética médica busca secularizarse y plantearse desde una base laica, y resulta complicada la procuración de esta propuesta, ya que de manera estructural se encuentra la influencia religiosa en la formación profesional.

La beneficencia como valor por excelencia en la ética médica ha dirigido históricamente el actuar de los profesionales de la salud; sin embargo, al realizar una reflexión acerca de su relación con la IVE se encuentran 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 adquirió durante su formación.

2.3. VALORES IMPLÍCITOS PRESENTES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

Aunque la reflexión de este trabajo va 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; esto ocurre 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 importa pues se asumen valores, aunque no necesariamente estos valores se manifiestan de manera explícita. Al respecto, Chapela y Jarillo (2002) sostienen 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 en 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 prácticas 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).

Suárez 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, donde se asume 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 reproduce una serie de representaciones que legitiman esta actitud. Es entonces que la representación de ser médico consiste en esta relación médico-paciente, en donde se establece una dinámica de poder que se ejerce entre el sujeto que sabe y el sujeto que ignora, y por tal motivo no es un espacio donde 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 el 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 biológica del entorno por parte de los estudiantes; hay una búsqueda constante hacia la validez científica de conocimientos, lo que no permite el planteamiento de una mirada amplia con respecto a su propia formación; además, los conocimientos profesionales se legitiman a partir de las formas y reglas institucionales que se postulan de manera implícita. De esta manera, el espacio hospitalario se encuentra lleno de símbolos y representaciones, en donde el estudiante se asume 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 biológico se legitima dentro de la formación, reduciendo la discusión a explicaciones en ese ámbito. Los siguientes comentarios dan cuenta de lo anterior: “La formación profesional que se postula íntegra, 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” (Cha-

pela 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; 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 en 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 por parte de quien enseña. La circulación del conocimiento es unidireccional, del maestro al alumno, donde 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 dominantes alrededor de la profesión.

Suárez 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 su formación y la manera en que vinculan el aprendizaje del aula con la práctica clínica. Los resultados mostraron 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, y entonces le preguntaron al personal de rango superior, al profesor o al comité de bioética (aunque no sepan cómo acceder a él). Los autores establecen su reflexión con base en una crítica al modelo educativo presente, pues constantemente se presenta una desvinculación entre lo teórico y la práctica debido a su falta de una integración. 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.

2.4. CONCEPTOS MORALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Cuando se hace alusión al concepto “moral” puede ocurrir que se comprenda bajo una idea religiosa (que en parte lo es), sin embargo, hay que insistir 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).

Es por ello que 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 se compone de “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, todo ser humano es un sujeto moral. En esta pluralidad de contenidos se coexiste, y aun así uno de los inconvenientes comúnmente presentados en la sociedad es que se sigue pretendiendo imponer una moralidad como un fin universalizable.

En coincidencia 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 advertir, no sólo existe una confusión generalizada sobre el concepto, sino que además los mismos estudiosos del tema llegan a confundirse 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.

2.5. 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 le piensa como un concepto separado de la vida social; no se asume como parte intrínseca de procesos históricos particulares, de tal modo que la construcción de los conceptos morales proviene 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 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, aunque difieren los significados. *Agathos* es un concepto vinculado al papel del noble homérico que hace alusión al sujeto valiente, hábil y afortunado; en el *agathos* contemporáneo, al decir que un sujeto es bueno no se refiere al valiente, hábil y afortunado. Por ello, usar conceptos que en lo cotidiano resultan iguales, puede notarse que las valoraciones de las sociedades son fluctuantes, que dependen del proceso histórico en que se está inmerso.

Asumir esto como mera colección de conceptos a lo largo de la historia sería limitado, pues la conformación de éstos ha intervenido en nuestras estructuras morales durante siglos, tanto para bien como para mal. Además, no se vive 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 de que a pesar de que los conceptos morales se vislumbran de manera intrínseca de acuerdo con 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 toman 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. 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 dilemas en un experimento con niños y adolescentes. Consideró que el desarrollo moral estaba directamente relacionado con la edad y el desarrollo psicológico. Asimismo, considera que son universales, por tanto, válidos para cualquier época y cultura, además de irreductibles. Estos estadios son lineales, siguen 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) quien dice que esta postura invisibiliza características femeninas ineludibles, puesto que las escalas están compuestas bajo una perspectiva masculina. 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 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 solucionen 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).

2.6. LA MORAL SOBRE LA IVE EN LA BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA EN LAS PROFESIONES DE LA SALUD

Basta con revisar la bibliografía de referencia para darse cuenta del matiz moral que presentan los autores. Como ejemplo pueden citarse tres fuen-

tes 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, y 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 en 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; 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; esto explica la razón de que no se encuentren conceptos 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, y se limita a hacer mención de la clasificación de aborto. En esta referencia es oportuno detenernos. Primero por la fecha, puesto que se publica antes de la despenalización en la Ciudad de México en 2007; en segundo lugar, porque al existir otro contexto histórico se hace más evidente la postura moral de los autores. Como ejemplo puede señalarse lo expuesto sobre aborto inducido:

Aborto Legal: Interrupción del embarazo antes de la semana veinte 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 veinte 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 mencionarla 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. 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 el discurso implícito se mantiene.

Cabe señalar que en ninguna bibliografía existe un espacio para asumir que la decisión de una IVE radica en las mujeres, las invisibiliza, y permanece un discurso paternalista dirigido a “corregir” el mal actuar de las mujeres.

2.7. CONCEPTOS MORALES SOBRE EL ABORTO

“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. 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 al concepto de aborto terapéutico, entendido como las causas médicas alrededor de un embarazo que imposibilita la viabilidad del producto. Como ejemplos están la mola hidatiforme, otras anomalías del producto de la fecundación, aborto retenido, embarazo ectópico, entre otras (Molina, 2009). Publicaciones de miembros de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) postulan que los profesionales de la salud de esta rama dejen de lado algunos de los conceptos morales que no dan prioridad a las mujeres:

Quando 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).

Con todo como puede observarse, la reflexión se reduce a un asunto jurídico, y 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, la discusión desde este terreno resulta poco valiosa. La misma expresión de aborto terapéutico resulta ambigua, porque puede referirse tanto a casos de aborto directo como 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, esta concepción moral sobre el aborto ha sido adscrita 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". 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 se establece como característica primordial en cualquier discusión al respecto.

REFERENCIAS

- Aguirre Ávila, E. (2009), "Aproximación pragmática a la teoría del juicio moral, desde la crítica a Kohlberg". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 7(2): 1273-1299.
- Álvarez-Díaz, J. A. (2008), "El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética". *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 51(6): 249-251.
- Álvarez-Díaz, J. A. (2009), "Sobre la posibilidad de la donación de embriones en Hispanoamérica". *Anales de la Facultad de Medicina (Lima)* 70(2): 135-142.
- Álvarez-Díaz, J. A. & Hernández Mansilla, J. M. (2014), "Aborto e interrupción voluntaria del embarazo en bioética". En J. A. Álvarez Díaz & S. López Moreno (Coord.), *Ensayos sobre ética de la salud. Aspectos clínicos y biomédicos. Vol. 2. Aspectos Clínicos*: Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 43-59.
- Andorno, R. (2004), "La dimensión biológica de la personalidad humana: el debate sobre el estatuto del embrión". *Cuadernos de Bioética* 15(53): 29-36.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009), *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press.
- Beckmann, C. (2010), *Obstetricia y Ginecología*. 6ª ed. Barcelona: Lippincot.
- Berofsky, B. (2003), "Identification, the self, and autonomy". *Social Philosophy & Policy Foundation* 20(2): 199-220.
- Boon, K. & Turner, J. (2004), "Ethical and professional conduct of medical students: review of current assessment measures and controversies". *Journal of Medical Ethics* 30(2): 221-226.
- Carrillo, F. R. (1999), *La medicina contemporánea y la medicina de todos los tiempos. La responsabilidad profesional del médico*. 2ª ed. México: Editorial Porrúa.
- Cessford, T. & Norman, W. (2011), "Making a case for abortion curriculum reform: a knowledge assessment survey of undergraduate medical students". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 33(1): 38-45.
- Chapela, C., Jarillo, E., Granados, J., Arroyave, G. (1999), "La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas". *Salud Problema. Nueva Época* 7(4): 45-54.
- Chapela, C., Jarillo, E. (2002), "Reproducción de valores médicos a través de la formación de estudiantes en medicina". *Salud Problema. Nueva Época* 12-13(7): 29-38.
- Conill, J. (2013), "La invención de la autonomía". *Eidon* 39: 2-12
- Conklin, B. A. & Morgan, L. M. (1996), "Babies, Bodies, and the Production of Personhood in North America and a Native Amazonian Society". *Ethos* 24(4): 657-694.
- Cortina, A. (2000), *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. 6ª ed. Madrid: Tecnos.
- Duden, B (1996), "El concepto de 'Vida': un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas". *DUODA Revista d' Estudis Feministes* 11: 79-96.
- Eastwood, K., Kacmar, J., Steinauer, J., Weitzen, S., Boardman, L. (2006) "Abortion training in United States. Obstetrics and Gynecology Residency Programs". *Obstetrics & Gynecology* 108(2): 303-308.
- Engelhardt, T. (1995), *Fundamentos de bioética*. Barcelona: Paidós.
- Engelhardt, T. (2001), "The many faces of autonomy". *Health Care Analysis* 9(3): 283-297.
- Ezekiel, E. & Ezekiel, L. (1999), Cuatro modelos de relación médico-paciente. En: A. Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Madrid: Tricastela, pp. 110-126.
- Fernández Lamelas, M. A. (1992), "Preparación bioética de los futuros profesio-

- nales de enfermería". *Cuadernos de Bioética* 2: 346-350.
- Fernández, D., de Vincentiis, S., Chillik, C. F., Brugo-Olmedo, S. P. (2004), "Patients' opinions regarding preimplantation genetic diagnosis in a Latin American fertility clinic". *Fertility and Sterility* 81(2): 463-464.
- Fleming, G., O'Connor, K. (1993), "Adolescent abortion: Views of the membership of the American Academy of Pediatrics". *Pediatrics* 91(3): 561-565.
- Foster, A., Polis, C., Allee, M. K., Simmonds, K., Zurek, M., Brown, A. (2006), "Abortion education in nurse practitioner, physician assistant and certified nurse-midwifery programs: a national survey". *Contraception* 73(4): 408-414.
- Gaylin, W., Steinbock, B., Veatch, R. (1996), "Can the moral commons survive autonomy?" *Hastings Center Report* 26(6): 41-42.
- Gibbs, J. C. (2006), "Should Kohlberg's cognitive developmental approach to morality be replaced with a more pragmatic approach? Comment on Krebs and Denton". *Psychological Review* 113(3): 666-671.
- 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. (1998), "Prólogo". *Ética y vida. Estudios de bioética*. En: D. Gracia Guillén. 1. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: El Búho, pp. 8-9.
- Gracia Guillén D. (2012), "The many faces of autonomy". *Theoretical Medicine & Bioethics* 33(1): 57-64.
- Kohlberg, L. (1982), "Estadios morales y moralización. El enfoque cognitive-evolutivo". *Infancia y Aprendizaje* 18(5): 33-51.
- León Correa, F. J. (2010), "El aborto desde la bioética: ¿Autonomía de la mujer y del médico?". *Cuadernos de Bioética* 21: 79-93.
- MacIntyre, A. (2006), *Historia de la ética*. Paidós: Barcelona.
- Mader, E. (1999), *Metamorfosis del poder. Persona, mito y visión en la sociedad Shuar y Achuar (Ecuador, Perú)*. Quito: Abya-Yala.
- Marcó, J., Tarasco, M. (2015), "Bioética y métodos de control natal". En: K. Porter. *Introducción a la Bioética*. 4ª ed. México: Méndez editores.
- Méndez Castillo, E. (2008), "La medicina como *paideia*". *Anamnesis* 2: 4-7.
- Millán Núñez-Cortés J. (2014), "Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo". *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica* 17(Supl. 1): S1-S47.
- Módena, M. E. (1999), "Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. La construcción social de la desalcoholización". En: M. Bronfman & R. Castro (Eds.), *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX-INSP, pp. 382-401.
- Molina, R. (2009), "¿Es seguro el aborto de causa médica en Chile?" *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 74(5): 273-275.
- Mondragón Castro, H. (1991), "Complicaciones de la gestación". En: H. Mondragón Castro. *Ginecobstetricia elemental*. México: Trillas.
- Morán Faúndes, J. (2014), "La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica". *Acta Bioethica* 20(2): 151-157.
- Morgan, L. M. (1989), "When does life begin? A cross-cultural perspective on the personhood of fetuses and young children". En: E. Doerr, J. W. Prescott (Eds.), *Abortion and Fetal "Personhood"*. Long Beach: Centerline Press, pp. 97-114.
- Oshana, M. (2003), "How much should we value autonomy?" *Social Philosophy*

- and *Policy* 20(2): 99-126.
- Palomo, A. (1989), "Laurence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral en la escuela". *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 4: 79-90.
- Pardo, A. (2010), "La ambigüedad de los principios de la bioética". *Cuadernos de Bioética* 21(1): 39-48.
- Pérez-Tamayo R. (2012), *Ética médica laica*. México: Fondo de Cultura Económica-El Colegio Nacional-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Requena Meana, P. (2008), "Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano". *Cuadernos de Bioética* 19(65): 11-27.
- Requena Meana, P. (2005), *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica*. Roma: Pontificia Universidad de la Santa Cruz. Tesis de Doctorado.
- Restrepo, L. C. & Espinel, M. (1996), *Semiología de las prácticas de salud*. Bogotá: CEJA.
- Reyes, P. (2015), "El acto médico personal y moral". En K. Porter. *Introducción a la Bioética*. 4ª ed. México: Méndez editores.
- Rezzónico, C. (2010), *Virtudes y valores en educación médica*. Madrid: Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.
- Rivero, P. & Durarte, I. (2010), *Ética en la medicina actual, seminario: El ejercicio actual de la medicina*. México: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez Luño, A. (1998), "El orden moral". En: A. Rodríguez Luño. *Ética*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, pp. 81-105.
- Rodríguez de Romo, A. (2000), "Utopía o realidad: ¿tiene sentido enseñar ética médica a los estudiantes de medicina?" *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC* 45(1): 45-50.
- Roy, G., Parvataneni, R., Friedman, B., Eastwood, K., Darney, P., Steinauer, J. (2006), "Abortion training in Canadian Obstetrics and Gynecology residency programs". *Obstetrics & Gynecology* 108(2): 309-314.
- Rueda Barrera, E. (2007), "La bioética clínica como movimiento". *Anamnesis* 1(1): 7-8.
- Schneewind, J. (2009), *La invención de la autonomía. Una historia de la filosofía moral moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Singer, P. (1997), *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Paidós.
- Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER) (2005), "Postura de SAMER frente a la criopreservación de preembriones". *Revista SAMER* 20(2): 31-33.
- Spagnolo, A. & Comoreto, N. "Metodología del análisis de casos por la bioética clínica". En: K. Porter. *Introducción a la Bioética*. 4ª ed. México: Méndez editores.
- Spector, H. (1997), "La doctrina del doble efecto: ¿ética o religión?" *Perspectivas Bioéticas en las Américas* 2(1): 93-110.
- Suárez Obando, F. & Díaz Amado, E. (2007), "La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto". *Acta Bioethica* 13(1): 107-113.
- Susnik, B. (1995), *Interpretación etnocultural de la complejidad sudamericana antigua. El hombre, persona y agente ergológico*. Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero.
- Svenaesus, F. (2000), *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Torres, R. (2011), *Glosario de Bioética*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Tooley, M. (1983), *Abortion and Infanticide*. New York: Oxford University Press.

- Ugarte, J. (2006), *El derecho de la vida. El derecho a la vida. Bioética y derecho*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Valenzuela, E. Aborto. (2004), En: Castelazo, G. (Coord.). *Fundamentos en Ginecología y Obstetricia*. México: Méndez Editores.
- Valderrama, A. & López, R. (2011), "Conciencia moral: ampliando su aplicación en salud. Aspectos teóricos y prácticos de los juicios de conciencia en Chile". *Acta Bioethica* 17(2): 179-188.
- Vázquez Ortiz, E., de la Rosa Esparza, E., Dufoo Villegas, M., Ibarra Zazueta, L. (2005), "Ética médica y aspectos legales". *Acta Ortopédica Mexicana* 19(3): 132-134.
- Veatch, R. M. (1984), "Autonomy's temporary triumph". *Hasting Center Report* 14(5): 38-40.
- Waterkemper, R., Prado, M. L., Moya-Medina, J. L., Backes, V. M. S. (2014), "From "being to the self" to "become to be": on development of autonomy construction in nursing students". *Investigación y Educación en Enfermería* 32(1): 33-40.