

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 5 N ° 2 D I C I E M B R E 2 0 0 4

**INSTITUTO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE POSGRADO
EN CIENCIAS DE LA SALUD
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA**
Av. Alicia Moreau de Justo 1400
Ciudad de Buenos Aires
C1107AFB Argentina

TELÉFONO
(+5411) 4338-0634
FAX
(+5411) 4349-0284
E-mail
bioetica@uca.edu.ar

www.bioetica.com.ar

EJEMPLAR
ARGENTINA \$27.-
AMÉRICA LATINA U\$S10.-
EE.UU. - EUROPA - OTROS U\$S15.-

SUSCRIPCIÓN ANUAL
ARGENTINA, \$50.-
AMÉRICA LATINA, U\$S20.-
EE.UU. - EUROPA - OTROS U\$S25.-

DIRECCIÓN Alberto G. Bochatay

**COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA** Marina López Saubidet
María Graciela Juliano

DISEÑO Estrategia & Diseño

EDICIÓN  **EDUCA**
Ediciones de la Universidad Católica Argentina

IMPRESIÓN Estrategia & Diseño
lampo14@yahoo.com

AÑO 2004

ISSN 1515-6850

Queda hecho el depósito legal que marca la ley 11.723. Derechos reservados.
Se autoriza la reproducción total o parcial, citando la fuente y el nombre del autor
en forma explícita.

Los artículos que se publican en esta revista son de exclusiva responsabilidad de
sus autores y no comprometen la opinión del Instituto de Bioética ni de la
Pontificia Universidad Católica Argentina.

SUMARIO

ACTAS DEL Iº CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA PERSONALISTA Y
DE LAS IIº JORNADAS DE BIOÉTICA PARA SACERDOTES. Buenos Aires, Octubre de 2004.

LUNES 18/10 *pág. 13*

- APERTURA - PALABRAS DE BIENVENIDA
Mons. Dr. Alfredo Zecca
Prof. Dr. Carlos B. Álvarez
P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
- pág. 19* NECESIDAD DE UNA BIOÉTICA PERSONALISTA
Dra. María Celestina Donadio Maggi de Gandolfi
- pág. 31* TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y CIENCIAS AL SERVICIO DE LA VERDAD Y DE LA VIDA
Una reflexión en torno a la obra del P. Domingo M. Basso, O.P.
P. Pablo Carlos Sicouly, O.P.
- pág. 45* PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA: BASTIÓN EN LA DEFENSA DE LA VIDA
S.E.R. Mons. Elio Sgreccia
- pág. 59* LA BIOÉTICA PERSONALISTA EN ESTADOS UNIDOS
Edmund D. Pellegrino, MD
- pág. 65* PERSONALISMO: COMPARANDO Y CONTRASTANDO DOS ENFOQUES
Hna. Carol Taylor, CSFN, RN, PhD
- pág. 75* LA NORMATIVA ITALIANA SOBRE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA
EN EL CONTEXTO EUROPEO
Prof. Dra. Maria Luisa Di Pietro
- pág. 95* METODOLOGÍA DE LA ÉTICA CLÍNICA Y ENFOQUE PERSONALISTA
EN LAS DECISIONES MÉDICAS
Prof. Dr. Antonio G. Spagnolo

MARTES 19/10 *pág. 105*

- pág. 117* BIOÉTICA PERSONALISTA Y CONSIDERACIONES RESPECTO DEL FINAL DE LA VIDA
S.E.R. Mons. Elio Sgreccia
- pág. 127* ÉTICA AL FINAL DE LA VIDA. APLICACIÓN A PERSONAS EN ESTADO VEGETATIVO
Prof. Dr. P. Maurizio Calipari
- pág. 137* RESPONSABILIDAD: CONCEPTO EJE EN EL TEMA DE LA SALUD
P. Dr. Fernando Chomali Garib
- pág. 145* LA RESPONSABILIDAD COMO EJE DE LA RELACIÓN CLÍNICA
Prof. Dra. Marta Fracapani de Cuitiño
- pág. 185* BIOÉTICA INTEGRAL. PERSONA COMO OBJETO Y PERSONA COMO SUJETO
Prof. Dra. Hna. M. Elena Lugo
- pág. 199* SITUACIÓN DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA EN ESPAÑA
Prof. Dr. Emilio José Ibeas Cuasante
- pág. 203* EL INSTITUTO DE BIOÉTICA HOY: BIOÉTICA Y TEOLOGÍA
Pbro. Rubén O. Revello
- pág. 211* EL INSTITUTO DE BIOÉTICA HOY: BIOÉTICA Y BIOTECNOLOGÍAS
Dra. Margarita Bosch
- pág. 217* EL INSTITUTO DE BIOÉTICA HOY: BIOÉTICA Y FILOSOFÍA
Dra. María Lilita Lukac de Stier
- pág. 223* EL INSTITUTO DE BIOÉTICA HOY: BIOÉTICA Y FAMILIA
Dra. Zelmira Bottini de Rey
- pág. 229* EL INSTITUTO DE BIOÉTICA HOY: BIODERECHO
Prof. Dr. Mariano Morelli
- pág. 235* BIOÉTICA PERSONALISTA: CAMINOS DE DIÁLOGO A FAVOR DE UNA CULTURA DE LA VIDA
P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

MIÉRCOLES 20/10 *pág. 235*

- pág. 245* TEOLOGÍA DE LA VIDA
S.E.R. Mons. Elio Sgreccia
- pág. 265* CONTRACEPCIÓN Y ABORTO COMO FRUTOS DE UNA MISMA PLANTA: LA CONTINUIDAD DE LA
ENSEÑANZA ENTRE *HUMANAE VITAE* Y *EVANGELIUM VITAE*
Dra. María Luisa Di Pietro
- pág. 269* ESTATUTO JURÍDICO DEL EMBRIÓN EN LA ARGENTINA
Dra. Patricia Kuyumjian de Williams
- pág. 283* PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA
Prof. Dr. P. Maurizio Calipari
- pág. 317* DECISIONES EN MEDICINA CRÍTICA: ENTRE EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO Y LA EUTANASIA
Prof. Dr. Antonio G. Spagnolo
- APLICACIONES PASTORALES DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA
Pbro. Rubén O. Revello

Gran Canciller

Jorge Mario Card. Bergoglio, S.J.

Rector

Mons. Dr. Alfredo H. Zecca

Vicerrector

Lic. Ernesto José Parselis

Decano

Facultad de Posgrado en Cs. de la Salud

Dr. Carlos B. Álvarez

Director

Instituto de Bioética

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

Investigadores

Dra. Margarita Bosch

Dra. Zelmira Bottini de Rey

Pbro. Rubén Revello

Colaboradores del Instituto

Lic. Teresa Baisi

Dra. Marina Curriá

Dra. M. C. Donadio de Gandolfi

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Dr. Armando García Querol

Dr. Lorenzo García Samartino

Dra. Dolores García Traverso

Dra. Patricia Kuyumdjian de Williams

Dra. Ma. Liliana Lukac de Stier

Dra. María José Meincke

Dr. Mariano Morelli

Lic. Josefina P. de Videla

Lic. Alejandra Planker de Aguerre

Dr. Carlos B. Álvarez

R. P. Domingo Basso, O.P.

R. P. Dr. Roberto Colombo

Roberto Dell Oro, Ph.D.

Dra. María Luisa Di Pietro

Prof. Dra. María C. Donadio Maggi de Gandolfi

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Prof. Dr. Gonzalo Herranz

Prof. Dr. Francisco Javier León Correa

Prof. Dra. Hna. Elena Lugo

Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier

Prof. Dr. Gérard Memeteau

P. Gonzalo Miranda, L.C.

Edmund Pellegrino, MD, Ph.D.

Prof. Dr. P. Angelo Serra, SJ

S.E.R. Mons. Elio Sgreccia

Prof. Juan de Dios Vial Correa



UCA

EDITORIAL

Editorial del Número anterior:

Con una alegría especial les presentamos este nuevo número de VIDA Y ÉTICA, ya que estamos en el año del X Aniversario de nuestro Instituto de Bioética.

Efectivamente, hace diez años nació en la Pontificia Universidad Católica Argentina, el Instituto de Ética Biomédica por iniciativa del Rector R.P. Dr. Domingo Basso, O.P. y bajo la dirección del Prof. Dr. Hugo O. M. Obiglio. Así pudo concretarse un anhelo que estos queridos y prestigiosos académicos tenían, junto a un distinguido grupo de Profesores, desde hacía mucho tiempo. De hecho, ya a partir del 1984 el entonces llamado "Centro de Investigaciones en Ética Biomédica" venía desarrollando una importante labor dictando conferencias y cursos relacionados con las ciencias de la vida y de la salud.

Se priorizó así, la importancia fundamental de la Ética Biomédica como disciplina universitaria para la formación humanística y cristiana tanto en el pre como en el posgrado de la UCA.

Los adelantos científicos y tecnológicos centrados en la vida humana, plantean múltiples cuestiones de orden moral a las cuales el Magisterio de la Iglesia ha dado especial importancia y llama a todos a estudiar y analizar seriamente. En respuesta a esa invitación y a la misma realidad, el nuevo Instituto asume "como

fundamento conceptual el derecho natural y las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia, estando abierto a otras formas de pensamiento filosófico y científico que sean concordantes con estas bases conceptuales" (Decreto de fundación). Siempre en fidelidad a la Iglesia y adaptándose a la actualización de sus enseñanzas, el Instituto, en 2001, cambió el nombre por el de **INSTITUTO DE BIOÉTICA** de acuerdo a lo pedido por *Evangelium Vitae* 98.

Son muchas las actividades, documentos, publicaciones (especialmente VIDA Y ÉTICA!) y realizaciones que se concretaron en esta década y que podríamos señalar, pero lo que consideramos más importante son los alumnos, amigos, LECTORES y personas pertenecientes a infinidad de Instituciones (públicas y privadas) que han tomado contacto con nosotros y con quienes hemos podido "estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, relativas a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en las que guarda mayor relación con la moral cristiana y las directrices del magisterio de la Iglesia" (Juan Pablo II: *Motu proprio Vitae mysterium*, 11 febrero 1994). Creemos que es así como podemos hacer una aportación específica a la Iglesia, a la comunidad y a la Nación.

Siguiendo muy de cerca la realidad Bioética, especialmente en América Latina y el Caribe, nuestro Instituto ha tomado el

liderazgo en la enseñanza y en la propuesta de la *Bioética personalista ontológicamente fundada* y en su "método triangular" analizando y desarrollando sus fundamentos de: defensa de la vida física, libertad y responsabilidad, principio terapéutico y socialidad y subsidiariedad.

En esta entrega Uds. encontrarán un extenso y profundo artículo de S.E.R. Card. Alfonso López Trujillo que trata un tema candente y de suma actualidad, como son los valores de la Familia y la ideología del sexo seguro. Creo que esta aportación dará oportunidad para una reflexión bioética muy rica en ámbitos como el de la familia, la escuela y la universidad.

Dos de las investigadoras de nuestro Instituto de Bioética, presentan el fruto de su trabajo: la Dra. Bosch sobre *Los Desafíos de la Bioética en el Siglo XXI* y la Dra. Bottini de Rey su trabajo sobre *Conocimientos básicos sobre sexualidad*.

Sigue un grupo de tres ponencias realizadas en la **Jornada por la Vida**, y destacamos especialmente la de su S.E.R. Card. Jorge M. Bergoglio. Publicamos también un artículo de un joven teólogo moral, que ha comenzado a transitar los caminos de la bioética dentro del campo de la educación., P. Lic. Juan Francisco Tomás, sdb, con una interesante reflexión sobre el ADN.

Las secciones de Documentos Nacionales

e Internacionales, siguen creciendo y acercándoles instrumentos de estudio y trabajo de primer nivel.

Esperamos que a través de esta lectura y todo nuestro empeño, estemos cada vez más cerca de Uds. y podamos seguir adelante con firmeza, prudencia y sabiduría, en el compromiso con la **Cultura de la**

Vida; 10, 20 y muchos años más, sirviendo a Dios, la Iglesia y la sabiduría de todos los Hombres y de todo el Hombre.

Hasta la próxima y buena lectura...

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
Director



Izquierda a derecha: Prof. Dr. Carlos B. Álvarez, S.E.R. Mons. Elio Sgreccia, Sr. Nuncio Apostólico Mons. Adriano Bernardini, Mons. Dr. Alfredo Zecca y P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A. durante la apertura del Congreso.



Panel *El Instituto de Bioética hoy: logros y desafíos*, Prof. Pbro. Rubén Revello, Prof. Dra. Margarita Bosch, Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier, Prof. Dr. Mariano Morelli, Prof. Dra. Zelmira Bottini de Rey (izquierda a derecha).



Alumnos de la Maestría en Ética Biomédica, junto a profesores del Instituto, el P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A. y S.E.R. Mons. Elio Sgreccia, al momento de entregar una placa recordatoria.

TRAYECTORIA. CALIDEZ HUMANA. CALIDAD MÉDICA.

www.omint.com.ar

0800-555-OMINT

Argentina-Brasil



Adhesiones Académicas al I° Congreso Internacional de Bioética Personalista

Buenos Aires, 18 y 19 de octubre de 2004

Pontificia Academia para la Vida
Federación Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiración Personalista (FIBIP)
Instituto de Bioética - Università Cattolica del Sacro Cuore
Pontificio Instituto Juan Pablo II para estudios sobre Matrimonio y Familia
Facultad de Bioética - Ateneo Regina Apostolorum
Unidad Central de Ética y Bioética - Universidad Católica San Antonio de Murcia
Consejo Académico de Ética en Medicina - Academia Nacional de Medicina
Comisión de Bioética - Asociación Médica Argentina
Master de Bioética - Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Comisión de Bioética Padre José Kentenich
Instituto de Bioética - Universidad Católica de La Plata
Universidad Nacional de Cuyo - Facultad de Ciencias Médicas
Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)



**¿CUÁNTAS COSAS
QUE NO PODÉS TOCAR
LLENAN TU VIDA?**

Hay sensaciones que no se pueden explicar
y para vos son mucho más que razones.

esde binario
Suma Confianza

Av. Leandro N. Alem 1067 - Piso 9 - C1001AAF - Buenos Aires
Tel.: 4310-6000 - comercial@esde.com.ar - www.esdebinario.com.ar

El uso de Internet o correo electrónico no garantiza la recepción de los mensajes. El uso de Internet o correo electrónico no garantiza la recepción de los mensajes. El uso de Internet o correo electrónico no garantiza la recepción de los mensajes. El uso de Internet o correo electrónico no garantiza la recepción de los mensajes.



SANATORIO MATER DEI



***Comprometidos con la vida y
al servicio de la dignidad humana***

*San Martin de Tours 2952 - (C1425DND) Buenos Aires
www.sanatoriomaterdei.com.ar
smd@sanatoriomaterdei.com.ar*

APERTURA. PALABRAS DE BIENVENIDA.

18 de octubre de 2004

S.E.R. Mons. Adriano Bernardini

. Nuncio Apostólico

Mons. Dr. Alfredo Zecca

. Rector de la Pontificia Universidad Católica
Argentina

Prof. Dr. Carlos B. Álvarez

. Decano de la Facultad de Posgrado en Ciencias
de la Salud de la Pontificia Universidad Católica
Argentina

8 de octubre de 2004

Prot. N. 2702/04

R. P. Lic. Alberto G. Bochatey, O.S.A.
Director Instituto de Bioética
Pontificia Universidad Católica Argentina

Rdo. Padre:

Tengo el agrado de transmitirle el siguiente mensaje recibido de la Santa Sede:

"P. LIC. ALBERTO G. BOCHATEY, O.S.A.
DIRECTOR INSTITUTO DE BIOÉTICA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

SU SANTIDAD JUAN PABLO II SALUDA CON AFECTO A LOS PARTICIPANTES EN EL 'CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA PERSONALISTA' Y EN LA 'II JORNADA DE BIOÉTICA PARA SACERDOTES', QUE SE CELEBRAN EN ESA UNIVERSIDAD Y LES ANIMA A PROCLAMAR CON SU TESTIMONIO PERSONAL EL "EVANGELIO DE LA VIDA", COMPROMETIÉNDOSE EN LA ARDUA TAREA DE ACTUALIZAR, PROMOVER Y FORTALECER LAS LEYES Y LOS MÉTODOS QUE FAVOREZCAN POSITIVAMENTE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA, COMO SER CREADO A SEMEJANZA E IMAGEN DE DIOS, ANTE LOS RETOS DE LA MEDICINA Y LA CIENCIA ACTUAL.
EN ESTA CIRCUNSTANCIA EL SANTO PADRE, INVOCANDO LA PROTECCIÓN MATERNAL DE LA VIRGEN MARÍA, IMPARTE CON AFECTO A LOS ORGANIZADORES Y CONGRESISTAS LA BENDICIÓN APOSTÓLICA.

CARDENAL ANGELO SODANO
SECRETARIO DE ESTADO DE SU SANTIDAD"

Hago propicia la ocasión para saludarlo, Padre, con cordial estima en el Señor y María Santísima.



(ADRIANO BERNARDINI)
Nuncio Apostólico

Mons. Dr. Alfredo Zecca

Rector de la Pontificia Universidad Católica Argentina

Es una alegría para mí recibir una vez más a S.E.R. Mons. Bernardini que con tanta generosidad siempre nos alienta, a Mons. Sgreccia, profesor Honoris Causa de nuestra Universidad y fundador de la escuela de Bioética Personalista. También mi agradecimiento especial a quienes han viajado desde tan lejos.

Este X° Aniversario de la fundación del Instituto de Bioética confirma la vocación de la Universidad Católica Argentina por la Ética Biomédica y la Bioética, entendiéndolas como disciplinas universitarias para la formación humanista y cristiana que perseguimos. Este es un campo sumamente importante.

Quiero recordar y agradecer aquí el compromiso asumido por mi antecesor en el cargo, el querido P. Basso, que lamentablemente no nos acompaña porque está enfermo. Fue durante su rectorado que se fundó este Instituto. Él ha trabajado y hecho mucho en este campo; yo he podido continuar la obra por él comenzada. Pero esta continuación nos abre un nuevo compromiso que, con renovado esfuerzo, confirme nuestra vocación para cultivar una real Cultura de la Vida, que es lo que importa en última instancia.

La Argentina del nuevo milenio está vi-

viendo desafíos muy acuciantes en los temas de la vida, la salud, los trasplantes, el aborto, los tratamientos de alimentación e hidratación, diagnóstico de aceptación de la muerte, además de los directamente relacionados con el matrimonio y la familia que, como saben, estos campos se tocan.

Aprovecho para compartir con ustedes una noticia: el viernes pasado, en una sesión extraordinaria, nuestro Consejo Superior aprobó la fundación de un Instituto Interdisciplinario para el Matrimonio y la Familia, que pueda dictar doctorados, maestrías, realizar investigación, docencia, extensión y prestar servicios. Pienso que esto es un paso muy importante. Recién nace, recién acabamos de instaurarlo -debemos recorrer aun todos los caminos para su aprobación oficial, comunicarlo a la Santa Sede y demás- pero realmente tenemos mucha esperanza en que esto amplíe nuestra capacidad de contribuir con esos desafíos tan acuciantes, tan importantes, frente a los cuales los católicos tenemos que prepararnos. Las grandes discusiones se van a presentar, no solamente en el aspecto religioso -aunque siempre es importante subrayarlo-, es decir, no sólo son desafíos desde el punto de vista pastoral, sino que son desafíos en el plano jurídico, en el plano médico, en el plano científico. Con frecuencia vemos que se quiere relegar la cuestión a lo puramente religioso; cuando, en realidad, son cuestiones que tocan a una con-

cepción de la naturaleza humana, de la ley natural, de un orden jurídico fundado en ciertos principios que con frecuencia se olvidan o se marginan; es allí donde hay que estar presente. Creo que, en el campo de la Bioética como en el campo del Matrimonio y la Familia, tenemos un gran desafío y un gran trabajo por hacer como Universidad. De manera que esta celebración de los 10 años quiere ser un nuevo compromiso de la Universidad para con la Cultura de la Vida.

Para terminar, espero y deseo realmente

que este I° Congreso Internacional de Bioética Personalista y las subsiguientes II° Jornadas de Bioética para Sacerdotes, que tendrán lugar el miércoles, sirvan realmente para incentivar el pensamiento, la sabiduría, la firmeza y la prudencia en estos temas, que es lo que estos tiempos reclaman.

Confiamos a la Virgen, Nuestra Señora de los Buenos Aires, patrona de nuestra Universidad, que tanto el Congreso como la Jornada para Sacerdotes rindan los frutos que todos esperamos.

Prof. Dr. Carlos B. Álvarez

Decano de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica Argentina

El estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y, especialmente, de la salud ha constituido una disciplina que hoy conocemos como Bioética.

La enseñanza de la misma, a la luz de los valores y principios morales en el ámbito católico, no es de difícil comprensión.

Sin embargo, especialidades como la Biogenética se desarrollan fuertemente en ambientes no católicos (protestantes, positivistas y demás) y es allí donde no son claros ni los principios ni los valores morales.

En la República Argentina, la ley 24.521 regula los contenidos mínimos que deben dictar las facultades de grado de Medicina en nuestro país y, por resolución 535/99, el Ministerio de Cultura y Educación incorporó la enseñanza de la Bioética dentro de ella.

A pesar de esto último, el panorama es desolador. Para dar un ejemplo, tomando tres facultades de Medicina –Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de La Plata y Universidad Interamericana–, a más de 30.000 alumnos se les enseña una Bioética principista basada en: 1) Ética

de las investigaciones y de los transplantes, 2) Ética de las publicaciones médicas, 3) Ética de la difusión de las prácticas médicas y del conocimiento científico; y, en otras pocas clases, los problemas de la manipulación genética, de la concepción, de la vida artificial, de la eutanasia y de la muerte.

Es por ello que los católicos que trabajamos en el campo de las ciencias médicas debemos preocuparnos seriamente, ya que en Buenos Aires sólo el 4% de los futuros médicos que cursan la carrera de Medicina en universidades católicas, como la del Salvador y Austral, reciben la enseñanza de la Bioética Personalista que hoy es motivo de este Primer Congreso Internacional.

Nuestra Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud trata, a través de su Instituto de Bioética, de formar guías para la comunidad con su Maestría. Por otro lado, educa a sus alumnos de posgrado de las distintas especialidades en los fundamentos que hacen a la dignidad de la persona humana durante un período muy breve, siendo médicos egresados de diversas universidades y donde el aprendizaje de la Bioética se transforma solamente en un trámite para cumplir con los requisitos de su carrera.

Por tal motivo, creemos que la enseñanza de los fundamentos antropológicos, filosóficos y teológicos de la Bioética de-

ben ser la estructura sobre la cual se inserten los conocimientos científicos desde el comienzo en la formación de los

médicos, para obtener profesionales con un sólido pensamiento social-cristiano.

NECESIDAD DE UNA BIOÉTICA PERSONALISTA

Panel

Diez años del Instituto de Bioética de la UCA: orígenes, fundación y personas.

18 de octubre de 2004.

Dra. María Celestina Donadío Maggi de Gandolfi

- Doctora en Filosofía.
- Profesora titular ordinaria de Filosofía en la UCA (Facultad de Filosofía y Letras e Instituto de Ética Biomédica)
- Investigadora Principal del CONICET
- Se ha dedicado a la Filosofía práctica, particularmente a la Ética, a la Filosofía socio-política y a la Bioética. Ha desarrollado una extensa carrera docente desde 1968 hasta la actualidad en varias universidades.
- Socia Ordinaria de la Accademia Pontificia Romana di San Tommaso d'Aquino; Miembro fundador del Consejo Académico de Ética en Medicina de la Academia Nacional de Medicina y Miembro de Número de la Universidad Libre Internacional de las Américas (ULIA).
- Autora de *Amor y bien. Los problemas del amor*. En Santo Tomás de Aquino, fruto de su tesis doctoral, de la traducción del *Comentario al 'Libro del Alma'* de Aristóteles de Tomás de Aquino y de *Biodiversidad y biotecnología-Reflexiones en Bioética*.
- Es miembro de varias sociedades científicas: Secretaria de la Sociedad Tomista Argentina, Secretaria de la Comisión Arquidiocesana de la Mujer y Secretaria del Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.

Palabras clave

- Cultura de la vida
- Verdad moral
- Ethos del científico

RESUMEN

La Pontificia Universidad Católica Argentina al hacerse cargo de la solicitud de SS Juan Pablo II de incorporar en sus claustros un Instituto de Bioética, entendió que el sentir del Papa podía insertarse con propiedad dentro de la misma visión fundacional de la UCA. Esta tarea la emprendió sobre dos basamentos: la defensa de la vida y el ethos del científico. En el curso del texto se van enhebrando dichos basamentos con dos Encíclicas medulares de Su Santidad: *Evangelium Vitae* y *Veritatis Splendor*. La defensa de la vida es sustentada en una revaloración racional del concepto de "naturaleza" y en la dignidad ontológica de la vida misma. Sólo así puede sostenerse la dignidad de la vida humana, como una realidad singular, única e irrepetible, desde el primer momento de la concepción. Ahora bien, la defensa de la vida humana no sólo apela a la racionalidad teórica sino que exige una lectura y un sustento moral, en la conciliación de los conceptos de verdad, vida y libertad, como, también en el ethos del científico y del filósofo moral. Este trabajo pretende ser, también, una semblanza en homenaje a quien fuera, hace diez años, co-fundador con el R. P. Dr. Domingo Basso, O. P. del Instituto de

Bioética de la UCA y su primer Director: el Prof. Dr. Hugo O. M. Obiglio.

Luego de asumir como rector de la Pontificia Universidad Católica Argentina el R. P. Dr. Domingo Basso, OP y, en coincidencia con la solicitud de Su Santidad Juan Pablo II de que todas las Universidades Pontificias tuvieran un Instituto de Bioética, en la reunión del Consejo Superior de fecha 1º de diciembre de 1994, se crea formalmente éste, como Centro de Investigaciones en Ética Biomédica, designándose director del mismo al Prof. Dr. Hugo O. M. Obiglio, quien a los pocos días presenta su estructura e integra un consejo asesor.

Cuando la Pontificia Universidad Católica Argentina se hizo cargo de la solicitud de SS Juan Pablo II de incorporar en sus claustros un *Instituto de Bioética*, entendió que el sentir del Papa podía insertarse con propiedad dentro de la misma visión fundacional de la UCA. Así, lo ilustran las mismas palabras de Monseñor Derisi: "La cultura católica es la unidad viva y jerárquica de la cultura humana con la fe y la teología. Y es la Universidad, principalmente católica, el centro donde debe realizarse este encuentro y unidad, en el más elevado nivel y sólida y viva articulación" [1]. Incluso, insistía: "hay que llegar a este ideal de unidad: la

[1] Octavio Nicolás Derisi, *La Universidad Católica Argentina en el recuerdo* – a los 25 años de su fundación, UNIVERSITAS, Buenos Aires, 1983, p. 180.

unidad por integración en el orden del conocimiento, la unidad e integración entre el conocimiento y la vida: lograr que el alumno viva en la unidad total los conocimientos de su carrera con los de la Filosofía y Teología y, todos ellos, con su vida cristiana. Cada alumno debe constituirse en un testimonio vivo de esta *unidad de cultura, de Filosofía y Teología y vida*" [2].

Por esta visión, nuestros claustros universitarios siempre han tenido el desvelo porque el eje de la capacitación del profesional fuese la formación integral de la persona, para encarnarse en una auténtica vida cristiana con un profundo anhelo de transformar y purificar la sociedad y la cultura. Por esta visión, hace diez años, en un terreno ya abrevado, nace un *Instituto de Bioética*, sobre dos basamentos: *la defensa de la vida y el ethos del científico*.

Las reflexiones que ofrezco a continuación irán enhebrando dichos basamentos con dos Encíclicas medulares de quien exhortó la creación de los Institutos de Bioética: *Evangelium Vitae* y *Veritatis Splendor*.

1. LA DEFENSA DE LA VIDA

1.1. SS JUAN PABLO II

El imperioso deseo y mandato de SS Juan

Pablo II de crear Institutos de Bioética en todas las Universidades Pontificias, no es sino una de las aplicaciones más esperanzadas de la *Evangelium Vitae*. Destaco algunas ideas sustanciales, como que el Hombre (varón y mujer) está llamado a una plenitud de vida y lo sublime de esta vocación sobrenatural manifiesta la *grandeza* y el *valor* de la vida humana, incluso en su fase temporal. Todo Hombre abierto sinceramente a la verdad y al bien, aún entre dificultades e incertidumbres, con la *luz de la razón* y no sin el influjo secreto de *la gracia*, puede llegar a descubrir en la ley natural escrita en su corazón [3] el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término y afirmar el derecho de cada ser humano a ver respetado totalmente este bien primario suyo. En el reconocimiento de este derecho se fundamenta la convivencia humana y la misma comunidad política (EV 2).

Ahora bien, con las nuevas perspectivas abiertas por el progreso científico y tecnológico, surgen nuevas formas de agresión contra la dignidad del ser humano, a la vez que se va delineando y consolidando una nueva situación cultural, que confiere a los atentados contra la vida un *aspecto inédito y –podría decirse– aún más inicuo*, ocasionando ulteriores y graves preocupaciones: amplios sectores

[2] Derisi, Ibid., p. 185.

[3] Cf. Rm 2, 14-15.

de la opinión pública justifican algunos atentados contra la vida en nombre de los derechos de la libertad individual y, sobre este presupuesto, pretenden no sólo la impunidad, sino incluso la autorización por parte del Estado, con el fin de practicarlos con absoluta libertad y además con la intervención gratuita de las estructuras sanitarias (EV 4).

En penosa confrontación se observa hoy una profunda crisis de la cultura que engendra escepticismo en los *fundamentos mismos del saber y de la ética*, haciendo cada vez más difícil ver con claridad el sentido del Hombre, de sus derechos y deberes (EV 11). La misma investigación científica sobre este punto parece preocupada casi exclusivamente por obtener *productos cada vez más simples y eficaces* contra la vida (EV 13).

Ante este horizonte de luces y sombras, nos exhorta SS. Juan Pablo II, a que todos debemos hacernos plenamente conscientes de que estamos ante un enorme y dramático choque entre el bien y el mal, la muerte y la vida, la "cultura de la muerte" y la "cultura de la vida". Estamos no sólo "ante", sino necesariamente "en medio" de este conflicto: todos nos vemos implicados y obligados a participar, con la responsabilidad inevitable de *elegir incondicionalmente a favor de la vida* (EV 28).

Pero no estamos solos ante tan imperiosa responsabilidad, pues en virtud de la

participación en la misión real de Cristo, el apoyo y la promoción de la vida humana deben realizarse mediante el *servicio de la caridad*, que se manifiesta en el testimonio personal, en las diversas formas de voluntariado, en la animación social, en el estudio, en la investigación y en el compromiso político (EV 87).

1.2. DEFENSA ONTO-ANTROPOLÓGICA DE LA VIDA

Defender la naturaleza es defender la vida

Muchas veces, un concepto filosófico es evaluado por razones ajenas a su significado, reparando en las conveniencias por encima de las inconveniencias de su uso, científico o cultural, y de la referencia a la realidad respectiva. El de **naturaleza** es un caso ilustrativo. Peor aún, lo llamativo es que, a pesar de la indiferencia o el rechazo, es una realidad constante que sobrevive, aunque sea en el afán cotidiano de querer negarlo. Por eso es que las necesidades humanas naturales, al no poder negarse, pasan forzosamente a depender del mismo sujeto pensante y valorante al que rigen, para lo cual es preciso desprenderse de la noción de naturaleza como principio de determinación específica y como principio tendencial hacia connaturales fines perfectivos. Lo "inconveniente" es la naturaleza emparentada con la causa formal y final, porque lo que "conviene" es un principio

de movimiento amorfo, sólo material y eficiente, que se despliega con el único sentido y legitimación de la espontaneidad funcional.

En el marco de estas concepciones, la explicación *científica*, se instala en el más crudo reinado de los hechos, en vista de un progreso sin perfil ni valores que lo respalden, para probar sus hipótesis a cualquier precio y en defensa de una dignidad humana que se amolda a cada situación particular [4]. Desde el punto de vista *filosófico*, es el positivismo de siempre, en que los hechos materiales y la energía transformadora usurpan la necesidad de la naturaleza, dejando en el camino la perfección de la forma y el fin.

Claro es advertir las consecuencias que esta doctrina onto-antropológica transfiere al *orden moral* y a la *defensa de la vida*. No sólo la verdad, sino que el mismo bien de la conducta humana, queda en manos del propio gusto y utilidad para obtener progreso y éxito. Así, accede al lugar de la "naturaleza" y de la "ley natural" (que es su lectura práctico-moral) ese substrato común y ficticio que es el consenso, mero acuerdo vacío e informe que se alimenta de la práctica de la tolerancia. La "conveniencia" aquí es "tolerar" no sólo a las personas (lo que sin duda corresponde), sino a los mismos jui-

cios, aunque fuesen falsos e indignos, porque cualquier determinación natural que se aceptara, implicaría reconocer objetividad a lo justo e injusto, a lo legítimo e ilegítimo, a lo sano y enfermo, a lo recto y corrupto, incluso a lo normal y anormal y, sobre todo, a lo **natural y antinatural**, a lo **vital y a lo artificial**. Y tal objetividad es hoy, ciertamente, muy "inconveniente".

La vida tiene un valor propio

La vida, tanto como la naturaleza, tienen un carácter irreductible. Reparemos en tres consecuencias del *carácter irreductible de la vida*. a) La calidad o intensidad de las funciones vitales no generan la vida del viviente (*funcionalismo vital*). A lo sumo, entorpecen o mejoran la vida, pero, sin duda, desaparecen cuando el viviente muere. b) El viviente sólo metafóricamente puede decirse una "máquina natural" (*mecanicismo o cibernética vitales*), porque la acción vital inmanente comienza y termina en un "sujeto que lo realiza", mientras que la máquina "simula autorregularse". Toda la máquina es un "órgano". Todo viviente es un ser vivo organizado. c) La unidad del viviente se rige por leyes naturales, ontológicas y axiológicas; tiene unidad desde su misma "forma sustancial" que lo determina como *una sustancia viviente; los órganos*

[4] En fecundación artificial, seguramente "conviene" escuchar los dictámenes de la naturaleza de la madre y desoír -y hasta negar- naturaleza alguna a los embriones o al feto.

son consecuencia de un sujeto cuyo "ser es vivir". Pensemos en la incidencia de estas afirmaciones en la comprensión del *estatuto personal* del embrión o del preembrión, ya que el viviente cuando recibe el ser lo recibe como "individuo", porque esto es lo propio de su índole natural y no recién en el momento que "existe" (=nacimiento = existir fuera de sus causas progenitoras) [5].

Es claro advertir, entonces, que la defensa de la vida humana comienza con la valoración de la vida en general. Cualquier viviente supone un salto perfectivo sobre el resto de la naturaleza. Un musgo, una ameba, un insecto, son ontológicamente superiores a la computadora más sofisticada. Aquéllos gozan de la autonomía vital; ésta es un compuesto artificial y mecánico. Por ello, cuando hablamos del Hombre como viviente, incluimos, además, la jerarquía de la vida, es decir, los *grados de vida*, por los que se va ascendiendo hacia niveles cada vez más altos de *inmanencia o autosuficiencia*, hasta arribar al viviente humano que es *persona porque su forma sustancial es un alma espiritual*. Pero, algo más, en la persona, su misma alma espiritual es *forma sustancial del cuerpo y principio vital* de las funciones vegetativas y ani-

males, por lo que, un mismo sujeto individual, desde su única forma espiritual, sustenta toda la sustancia personal del viviente humano. Si entonces, desde el momento de la concepción el viviente es individuado, en el desarrollo embrionario no hay traspaso de formas, ni una doble información (animales), ni una triple (Hombres), salvo que se trate de mellizos o trillizos.

La causalidad del viviente (humano o sub-humano) exige como causa inmediata otro viviente (*homogénesis*), porque lo menos (lo inorgánico) no puede dar origen a lo que es más, y el viviente implica un salto cualitativo y perfectivo en la naturaleza. Si el nacimiento de un nuevo viviente, que es siempre individuado, se explicase por la sola "evolución de la forma", resultaría que cada individuo irrepetible estaría "ya todo previsto" en el corredor genético de sus antepasados. Lo cual es imposible. La explicación científica y filosófica pide necesariamente del recurso a la *concausalidad del viviente*, Dios como causa primera; los progenitores como causas segundas. Es este el sentido profundo del "creacionismo", y no el de la aparición desde la nada de todo el universo con la creación del tiempo. Sin duda que el nuevo viviente apa-

[5] "El embrión preimplantatorio no es un ser inerte. Su movimiento se rige por una finalidad intrínseca y por una fuerte comunicación bioquímica con la madre. Tiene también una de las propiedades de un ser vivo organizado: la relación que conlleva identidad y sin la cual es imposible el diálogo (...). Podemos constatar desde la primera división del cigoto que el desarrollo embrionario transcurre con las siguientes propiedades: a) *Coordinación...* b) *Continuidad...* c) *Autonomía...*", BLÁZQUEZ, *Op. cit.*, pp. 32-36.

rece en relación causal con otros individuos y con el medio ambiente, pero ésta es una determinación parcial y genérica que sólo explica el "cómo, cuándo, dónde" del nuevo ser viviente, pero nunca la última determinación que hace que la *"forma sea" en una unidad singular, única e irrepetible*.

Es en este punto donde la relación Ciencias biomédicas-Bioética-Filosofía ha de reconocer sus límites explicativos si se pretende encontrar una respuesta racional de mayor profundidad. Es el momento de recurrir a la Teología sobrenatural, que en su formulación articula la luz de la revelación acogida por la fe con la lógica argumental de la razón natural, particularmente como razón filosófica.

2. EL ETHOS DEL CIENTÍFICO [6]

Verdad, libertad y vida

Hay una recurrente actitud en la sociedad actual, tanto local como internacional, en la que la verdad se presenta reñida con la vida y con la libertad. Con respecto a la vida, porque no se la respeta en su identidad ontológica, sino que se la interpreta tecnológicamente y se la manipula. Con respecto a la libertad, por-

que, como nunca, la toma de decisiones goza de una autonomía tal que niega toda esencia o valor con rango de objetivo o absoluto. Sobre esta coyuntura, surge, como es claro advertir, un serio problema para la Filosofía moral y la Bioética. Pues, si la verdad está reñida con la vida y con la libertad, ¿cómo sería posible disponer, con valor científico y racional, de una teoría moral que justifique la existencia y solidez de juicios morales de verdad y falsedad en terreno ético o bioético y que puedan existir, por lo menos, algunas normas con valor universal y no relativas, las cuales iluminen, guíen y controlen las decisiones de la libertad en sus aplicaciones concretas? Es preciso, entonces, disolver esta falsa aporía entre verdad y vida y entre verdad, vida y libertad, porque la verdad sobre la vida no hace sino respetarla en su propia naturaleza y el reconocimiento de la vida en sí misma, particularmente de la vida humana, asegura el desenvolvimiento de una libertad auténtica, tensionada por valores y no por intereses insustanciales.

Cualquier corriente filosófica admite que la "verdad" es una adecuación entre el pensante y lo pensado. Las diferencias radican en si tal "adecuación" es un ajuste con lo pensado real o con un objeto construido por el pensante. En este se-

[6] Uso "ethos" en un sentido muy lato como actitud que caracteriza la cultura de un grupo científico o profesional determinado, en cuanto adhiere a ciertos valores y acepta una jerarquía específica de los mismos aparte de la remuneración que tal actitud importe. Son modos de sentir, pensar y valorar moralmente, garantizados por la tradición, la cultura histórica, la experiencia y por las actitudes y reglas jurídicas que se apoyan en aquellos valores.

gundo caso, caemos en alguna forma de escepticismo respecto de la verdad, particularmente, hoy en día es el escepticismo de la verdad práctico-moral. Porque reconocer un conocimiento y una verdad práctico-moral es reconocer que, al menos, algunos conocimientos morales tienen un valor normativo universal, necesario y cierto. Y, sin duda, esto no conviene a una cultura que se regocija por transgredir cualquier cosa que sea estable, regular y normal y aspira a que la razón y la ciencia, sobre todo en cuestiones referentes a la vida humana y a la conducta libre, tengan una total plasticidad para producir respuestas como un "menú a la carta".

El carácter racional del conocimiento moral y de sus juicios nos permite, entonces, hablar de "verdad moral" con la especificidad propia del orden práctico. La verdad en el orden especulativo es una adecuación entre el pensante y la realidad, mientras que, en el orden práctico, la verdad moral es la adecuación del querer y la decisión con una acción digna, es decir, con una acción cualificada por un valor o bien moral. La verdad especulativa o práctica consiste siempre, entonces, en una adecuación con la realidad, con la realidad del ser o con la realidad de la perfección y bondad del ser; con la realidad del ser dado o con la rea-

lidad del ser que debe ser dado. En otros términos, la realidad del deber ser radica en la misma búsqueda real de perfección que nos permite superar nuestra finitud al lograr una posibilidad de mejoría y creatividad. La libertad humana es una mejor libertad no por negar sus límites sino por enriquecerse dentro de sus límites, al conectarse con los auténticos fines y valores que dignifican la persona humana. Esta es la *verdad moral*, cuando el juicio y el querer humanos se adecuan al verdadero bien de la libertad.

Conciencia en la verdad – *Veritatis Splendor* [7]

Por lo expuesto, no hay otra forma de reconocer la verdad moral en la Filosofía moral, en las éticas aplicadas, en la Bioética y en la moralidad misma de la persona humana, que asegurando la "educación de la conciencia" o "conciencia en la verdad", como denomina *Veritatis Splendor*. En esta Encíclica, los temas fundamentales atienden al polo *subjetivo* y al polo *objetivo* de la conducta humana libre; por una parte, *libertad y conciencia moral*, por otra, *ley y actos morales*. Empero, algo más, la conciencia moral es el lugar de encuentro entre la libertad, la ley y los actos, porque es el "corazón" desde donde la persona, al asumir el compromiso libre ante la ley, se

[7] Carta Encíclica *Sobre algunas cuestiones fundamentales de la enseñanza moral de la Iglesia*, JUAN PABLO II, 6.8.1993. En adelante citaré V. S.

manifiesta realizando los actos morales que son los que posibilitan al Hombre su crecimiento, su madurez y su plenitud existencial (VS 54).

Siendo, entonces, la conciencia parte del organismo moral, también la afectará el mismo progreso moral de la persona, de forma tal que podemos hablar de un crecimiento y una maduración en la "espontaneidad" de la conciencia moral, desde la región inferior de la *espontaneidad* (o sinceridad) moral natural hasta la región superior de la *espontaneidad* (o sinceridad) moral virtuosa. La conciencia, en el organismo moral de la persona, es la que opera el pasaje entre una y otra, en una línea de rectitud moral y teniendo como medida y norma la espontaneidad moral de la conciencia perfeccionada por la virtud.

La propuesta de la *V. S. es de la conciencia "en" la verdad*, vale decir, cuando funde en un mismo acto, la resonancia personal que tiene el orden moral en su intimidad, con la verdad sobre el bien y el mal moral que proviene de la luz originaria de la ley natural, lo que ocurre cuando el acto de conciencia desemboca en la responsabilidad.

Así, la conciencia moral manifiesta el

vínculo de la libertad con la verdad. Precisamente por esto la conciencia se expresa con actos de "juicio", que reflejan la verdad sobre el bien, y no con "decisiones" arbitrarias. La madurez y la responsabilidad de estos juicios y, en definitiva, del Hombre, que es su sujeto, se demuestran no precisamente liberando la conciencia de la verdad objetiva, en favor de una presunta autonomía de las propias decisiones, sino, al contrario, con una apremiante búsqueda de la verdad y con dejarse guiar por ella en el obrar (VS 61). No hay divorcio alguno entre racionalidad, libertad y vida, pues "el acto humano que se llama moral –nos ilustra Tomás de Aquino– tiene su especie del objeto, con relación al principio de los actos humanos que es la razón. De donde, si el objeto incluye algo que conviene al orden racional, será considerado bueno según su especie (...), empero, si incluye algo que repugne al orden racional, será un acto malo conforme a la especie [8]. Esto es así porque, "la perfección del hombre consiste en la perfección de su función propia, es decir, la vida práctica del hombre en cuanto posee razón" [9], pues para que algo sea "moralmente bueno es preciso que lo sea tanto en la realidad como en la consideración de la razón humana" [10].

[8] *Suma Teol.*, I-II, q.18, a.8, corpus.

[9] *Ética a Nicómaco*, L. I, c. 7.

[10] Santo Tomás de Aquino, *Suma Teológica* I-II, q. 19, a. 6 ad 1. Cf. Carta Encíclica de S.S. Juan Pablo II, *Fides et ratio*, Vaticano, 14.9.1998.

El desafío de una ética realista hoy y que pretenda servir a los distintos sectores de la vida humana, es el de perfeccionar la racionalidad moral [11] que ponga en lugar del cálculo, una reflexión crítica en vistas de la purificación de las conductas y de las costumbres y no de sus efectos. El desafío de una ética realista hoy es hacerse cargo tanto del *ethos del científico* como del *ethos del filósofo moral* (ético) en un diálogo que involucre a las Ciencias y a la Filosofía moral, para que el científico no haga uso de una autonomía tal que diluya a la ciencia misma, y el filósofo moral no desatienda la necesaria aplicación de los principios. Por ejemplo, puntos claros de convergencia suscitan las preguntas sobre los límites de la libertad para investigar, experimentar, planificar; sobre los principios o consideraciones que justifican a las ciencias y a la sociedad la aceptación de consecuencias inevitables y no deseadas; sobre los alcances de la responsabilidad profesional para evitar determinados resultados e, incluso, perjudiciales o aniquilantes; o según qué criterios o códigos se ha de manejar la ciencia de forma tal que no importen manipulación.

Y lo mismo cabría extender, por lo acuciante que es hoy, a los distintos órdenes de la vida humana, social, política, jurídi-

ca, económica, cultural, profesional, familiar, pues sus problemas y necesidades específicos son hoy también moralmente acuciantes: corrupción, extorsión, soborno, ausencia de independencia en los tribunales, consecuencias socio-políticas de la relajación de las costumbres, incompetencia y venalidad profesionales, desamparo y explotación de la niñez y de la juventud.

Tal purificación de la racionalidad habrá de reemplazar el egoísmo probable de las intenciones subjetivas por el impulso enriquecedor al verdadero bien y por el amor al verdadero contenido valioso de los bienes y fines, único lugar digno de encuentro de la tríada verdad-vida-libertad, en que se iluminen las relaciones interhumanas y, además, único recurso legítimo para que la tarea humana, la filosofía y las ciencias respondan a una auténtica vocación de servicio con la persona humana, con la cultura y con la vida.

SEMBLANZA EN HOMENAJE DEL PROF. DR. HUGO O.M. OBIGLIO

Coincidente en el espíritu, no en el tiempo, con esa visión de la UCA a la que me referí al comienzo, era la "ilusión" (como así se expresan) del R. P. Dr. Domingo Basso, O. P. y del Dr. Hugo O. M. Obiglio

[11] "Toda acción tanto tiene de actualidad como de bondad; por el contrario, si carece en algo de la plenitud de acto que le es debida a la acción humana, carecería de bondad y, en tal caso, resulta mala. Por ejemplo, si carece de una determinada proporción conforme a la razón o al lugar debido u otro semejante", *Suma Teol.*, q.18, a.1, corpus.

de crear un Instituto de Bioética. Ilusión que tuvo su estímulo en el Consorcio de Médicos Católicos, del que formaban parte de su Comité Directivo y, juntos con varios miembros consustanciados con el proyecto, crearon el "Centro de Investigaciones en Ética Biomédica" (1985). La coincidencia con el espíritu de esa visión y la fuerza de la "ilusión" fue decisivo para la UCA al reconocer, en ambos, a los representantes idóneos para asumir la responsabilidad de conducir un Instituto de Bioética: el Padre Basso desde su función de Rector y Obiglio como Director. Así nació el *Instituto de Ética Biomédica*.

Quisiera destacar, a modo de semblanza, que en el caso del Dr. Obiglio, aquella ilusión tenía sólidos y destacados antecedentes en la medicina, pero, particularmente, como profesional católico, testimonio veraz de quien encarnó sin mengua el *ethos del científico católico*. Rescato de su riquísima trayectoria lo que es pertinente a la "ilusión" y a la "visión" del profesional y de la persona del Dr. Obiglio.

Ha sido Consultor del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, designado por SS Juan Pablo II (desde 1988, por dos períodos), participando en la redacción del Manual para los Operadores de los Agentes de la Salud. Vicepresidente de la Federación Internacional de Médicos Católicos (desde 1986, por dos

períodos). Vicepresidente de la Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas, con sede en Roma (1986-1994). Miembro del Comité Nacional de Bioética (1994-1998 y 1998-2000). Presidente de la Comisión Arquidiocesana para la Defensa de la Vida Humana (1995-2000). Miembro de la Comisión Nacional de Ética Biomédica (1998 - 2000).

Ha sido honrado con varias distinciones. Caballero del Corpus Christie de Toledo (1980). Caballero de Gracia Magistral de la Soberana Orden Militar de Malta (1992). Académico Ordinario de la Pontificia Academia para la Vida (1994). Académico de número de la Academia del Plata (1996). Académico de número de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas (1997), que le ha encomendado (desde 2003) la creación de un "Instituto de Bioética", como uno de los órganos de la Academia. En estos días, acaba de recibir las Palmas Académicas del gobierno de Francia.

Nuestro agradecimiento para el Dr. Obiglio, por todo lo que nos ha dado y nos seguirá dando y, al mismo tiempo, por la generosidad y la humildad de ofrecernos un espacio personal en el Magister, haciéndonos sentir imprescindibles en el accionar del Instituto. Testimonio de nuestro agradecimiento será velar, sin duda alguna, porque esa visión y esa ilusión sean una realidad académica en el actual *Instituto de Bioética*.

TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y CIENCIAS AL SERVICIO DE LA VERDAD Y DE LA VIDA

*Una reflexión en torno a
la obra del P. Domingo
Basso, O.P.*

Panel

*Diez años del Instituto de Bioética
de la UCA: orígenes, fundación y
personas.*

18 de octubre de 2004.

P. Pablo Carlos Sicouly, O.P.

- Abogado (Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Ordenación sacerdotal en la Orden de Predicadores (padres dominicos)
- Doctor en Teología (*Philosophisch-Theologische Hochschule Sankt Georgen, Frankfurt/Main*)
- Profesor de Filosofía (UNSTA, Buenos Aires)
- Profesor de Teología Fundamental y Dogmática en el Centro de Estudios de Filosofía y Teología de la Orden de Predicadores (Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Buenos Aires)
- Regente de estudios de la provincia Argentina de la Orden de Predicadores.

Palabras clave

- Ciencias
- Teología
- Filosofía
- Basso, Domingo
- Verdad
- Historia de la bioética

RESUMEN

La siguiente exposición, luego de realizar una breve reseña biográfica del P. Domingo Basso -cofundador del Instituto de Bioética de la UCA-, analiza lo que ha sido el eje principal de su reflexión moral: la relación de la Teología y la Filosofía con las Ciencias. Una vez descripta la relación histórica, destaca el momento actual como crucial para alcanzar el acercamiento final de dichas disciplinas, así como la contribución del P. Basso en este sentido.

INTRODUCCIÓN

El objeto de mi exposición en el marco de este primer bloque del Congreso, bajo el título "10 años del Instituto de Bioética UCA: Orígenes, fundación y personas" es una referencia a la obra del P. Domingo Basso, rector emérito de esta Casa de Estudios, bajo cuya gestión rectoral tuvo lugar -en 1994- la fundación del Instituto de Bioética, cuyo 10º Aniversario celebramos. El P. Basso ha dedicado la mayor parte de su vida a la investigación y la enseñanza de la Teología moral. Dentro de esa dedicación, ha ocupado un lugar central la ética de la Medicina y lo que hoy denominamos "Bioética", aún antes de que esta problemática cobrara la actualidad y urgencia que hoy tiene, en razón de nuevas posibilidades técnicas que abren perspectivas, al mismo tiempo, notables

para el bien y estremecedoras para el mal. Es una alegría para mí como hermano del P. Basso en la Orden dominicana -y también como ex-alumno de la UCA - presentar esta memoria de su obra. Mencionaré, en un primer momento, algunas estaciones de su itinerario como religioso, sacerdote, profesor, autor y rector, sin el propósito de hacer un panegírico de su persona -cosa que no desea el P. Basso-, pasando, en un segundo momento, al marco más amplio de lo que podría comprenderse como el programa orientador de su labor y, aún, de su vida, para volver finalmente a su obra a la luz de dichas perspectivas.

I. UN ITINERARIO SACERDOTAL Y TEOLÓGICO AL SERVICIO DE LA VIDA

El Padre Domingo Ferruccio Pascual Basso -en la orden dominicana, Domingo María- nació en Rosario (provincia de Santa Fe) el 16 de Mayo de 1929 de padres italianos, provenientes de la región del Véneto, que llegaron a nuestro país poco antes de su nacimiento. Inició sus estudios eclesiásticos en el seminario arquidiocesano "San Carlos Borromeo", de Rosario. En noviembre de 1946 ingresó a la Orden de Predicadores (dominicos). Recibió la ordenación sacerdotal en Roma (en la Basílica de San Juan de Letrán), el 30 de Mayo de 1953. Cursó los estudios de Filosofía y Teología en Buenos Aires, Granada (España) y Roma. Allí obtu-

vo, en el Pontificio Colegio *Angelicum* (hoy Pontificia Universidad Santo Tomás de Aquino en Urbe) el grado de Lector (licenciado) en Filosofía y Teología. De regreso a nuestro país, fue asignado a Córdoba (1956) y luego a Mendoza (1957). A partir de 1957 asume las cátedras de Antropología Filosófica, Ética y Teología Moral en el Centro de Estudios Institucionales de la Orden Dominicana en Buenos Aires. En 1959 es nombrado Profesor Titular de Teología Moral en las Facultades de Filosofía, Derecho y Economía de la Pontificia Universidad Católica Argentina. En 1962 presentó su tesis de Doctorado en la Facultad de Teología de la Universidad de Friburgo (Suiza). En 1964 fue nombrado, por el Card. Antonio Caggiano, Profesor Ordinario de Teología Moral en la Facultad de Teología de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Simultáneamente, fue profesor de Teología Moral en diversos seminarios e institutos de formación diocesanos y religiosos.

En 1970 fue designado, por la Conferencia Episcopal Argentina, asesor nacional del Consejo Superior de la Rama de Profesionales de la Acción Católica Argentina, habiendo sido luego confirmado en dicha función por cuatro períodos consecutivos, o sea, hasta 1987. Su intensa actividad entre los profesionales lo indujo al estudio de los temas de la responsabilidad de los cristianos en el ejercicio de las profesiones liberales y del papel del laicado

en la Iglesia contemporánea. Desde 1964, el Padre Domingo Basso se desempeña como Asesor Eclesiástico del Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires. Justamente, las exigencias de dicho cargo lo condujeron a especializarse en Ética Biomédica, habiendo participado así, casi siempre como expositor invitado, en numerosos Congresos Nacionales e Internacionales de Medicina o de Bioética, en nuestro país y en el exterior. Entre otras responsabilidades y actividades que el P. Basso desempeñó en este campo se incluyen: Miembro titular de la *Comisión Nacional de Bioética* del Ministerio de Salud y Acción Social, como representante de la Conferencia Episcopal Argentina, perito de la *Comisión episcopal de Fe y Cultura*, asesor y cofundador del *Centro de Investigaciones en Ética Biomédica*, asesor de la *Comisión Arquidiócesana para la Defensa de la Vida humana* y asesor de la *Federación Latinoamericana de Organizaciones Médicas Católicas*.

En el seno de la Orden de Predicadores ejerció diversos oficios, como regente provincial de estudios (1964 a 1972 y 1974 a 1982); Prior del Convento de Santo Domingo de Buenos Aires; y prior provincial (1983-1991). En 1992 la Orden de Predicadores le confirió el grado de "Maestro en Sagrada Teología", que se otorga a quienes se han distinguido especialmente en la docencia e investigación.

Es autor de numerosos estudios, ensayos y artículos sobre temas de Teología Moral, espiritualidad cristiana y Bioética, publicados en revistas, actas de congresos y simposios o colecciones especiales de Argentina y de otros países. Entre sus obras, se destacan los libros *Nacer y Morir con Dignidad [Estudios de Bioética Contemporánea]* (3ª ed. de Palma, 1991), donde analiza arduos problemas éticos provocados por los modernos avances en el campo de la genética y de la biotecnología; *Los Fundamentos de la Moral* (3ª ed. EDUCA, Buenos Aires, 1998); *Los principios internos de la actividad moral* (ed. CIEB, 1991); *El SIDA: Responsabilidad de todos* (ed. Lumen, 1991); *Por el heroísmo a la felicidad [Reflexiones sobre el ideal moral cristiano]* (ed. CIEB, 1992); *Principios de Bioética en el Catecismo de la Iglesia Católica* (en colab. con el Dr. Hugo O.M. Obiglio; ed. CIEB, 1993); *Las Normas de la Moralidad [Génesis y desarrollo del orden moral]* (ed. Claretiana, 1994); *Dos lecciones sobre la autoridad* (ed. Centro de Est. Inst., 1994); *Justicia Original y frustración moral*, (ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2000).

En 1994, el Padre Basso fue nombrado por S.S. el Papa Juan Pablo II Consultor del Secretariado Pontificio para el Apostolado de los Agentes Sanitarios, oficio en el que se desempeñó hasta el presente año. Pertenece, como miembro de

número, a la Pontificia Académica Romana de Santo Tomás de Aquino y a la Pontificia Academia para la Vida. En 1994, el Episcopado Argentino lo nombró Rector de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires", cargo que desempeñó hasta fines de 1999, habiendo sido nombrado "Rector emérito" de la Universidad. Siendo Rector de la UCA tuvo lugar, por su iniciativa, la fundación del *Instituto de Bioética*. Recientemente, ha sido designado Doctor "Honoris Causa" de la Universidad FASTA (Mar del Plata).

Hoy, el Padre Basso, luego de un breve período de convalecencia e internación, se encuentra nuevamente en el Convento de Santo Domingo, su salud mejora paulatinamente y esperamos que ese proceso continúe. Él se suma, desde la oración y la Eucaristía, a la acción de gracias de este día. Con él he podido compartir las líneas generales de esta breve presentación.

La expresión "Teología, Filosofía y Ciencias al servicio de la Verdad y la vida", que paso a desarrollar como segundo punto de esta exposición, es el marco en el cual el P. Basso ha intentado ofrecer una contribución desde el campo específico de su labor, como respuesta al llamado de la Iglesia y, en particular, del Santo Padre Juan Pablo II en los últimos años.

II. TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y CIENCIAS AL SERVICIO DE LA VERDAD Y LA VIDA

Frente a la fragmentación o "sectorialidad del saber, en cuanto comporta un acercamiento parcial a la verdad con la consiguiente fragmentación del sentido, impide la unidad interior del hombre contemporáneo", la Encíclica *Fides et ratio* afirma que una visión unitaria y orgánica del saber constituye uno de los "desafíos de los cuales el pensamiento cristiano deberá hacerse cargo en el curso del próximo milenio de la era cristiana" [1]. En este sentido, la misma Encíclica hace un llamado a quienes cultivan la ciencia a proseguir en su esfuerzo de búsqueda, permaneciendo "en aquel horizonte sapiencial, en el cual las adquisiciones científicas y tecnológicas se enraizan en valores filosóficos y éticos que son manifestación característica e imprescindible de la persona humana" [2].

Tras esta problemática, subyacen las diversas formas de la relación entre Teología, Filosofía y Ciencias en la historia, a las cuales hace referencia la Encíclica. El teólogo alemán Max Seckler habla de dos formas de signo diverso en el curso de la historia entre la Teología y las cien-

cias: uno de "relación interna" con la ciencia, que podría ser calificado como de encuentro e integración, y otra de "relación externa", conflictiva, de desencuentro y separación [3]. La primera se dio con la recepción en Occidente de la noción aristotélica de ciencia. En ese marco, la Teología, reconocida "como ciencia entre las ciencias", fue acogida y tuvo su lugar en la universidad, generándose así entre Teología y Ciencias una suerte de "relación interior" [4]. El segundo modelo histórico se dio en el marco de la emancipación de las Ciencias y, especialmente, del desarrollo de las Ciencias experimentales en la modernidad, a partir de Bacon y Descartes, y estuvo marcado por conflictos que afectaron gravemente las relaciones entre la Teología, la Iglesia misma y la ciencia secular. En este breve recorrido, querría referirme muy sumariamente a estos dos momentos y a un tercero, de grandes desafíos y también de nuevas posibilidades, que se abre en la actualidad, en lo que hace a la relación entre la Teología y las Ciencias.

1. Legítima autonomía e integración: San Alberto Magno y Santo Tomás de Aquino

[1] Encíclica *Fides et ratio*, 85.

[2] Idem.

[3] Cfr. Max Seckler, "Theologie – Wissenschaft unter Wissenschaften?", en: *Id., Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Kirche*, Freiburg 1980, 15ss.

[4] Idem.

La Encíclica *Fides et ratio* destaca el papel de San Alberto Magno y Santo Tomás de Aquino como quienes, en primer lugar, afirmaron la legítima autonomía de la ciencia, al mismo tiempo que una integración orgánica entre Filosofía y Teología, conocimiento natural y sobrenatural [5]. Efectivamente, en San Alberto Magno se encuentra un ejemplo claro de este nuevo modo de relación entre Teología y Ciencias. Además de la Teología y la Filosofía, él estudia y escribe sobre lo que luego serán la Astronomía, la Biología, la Anatomía, la Zoología, la Botánica, la Mineralogía. Desde el punto de vista de la relación entre Teología, Filosofía y Ciencias, se ha dicho con razón que Alberto merece el nombre de "Doctor *universal*", no simplemente por el hecho de la amplitud de sus estudios e investigaciones, sino también por su concepción de la unidad del saber y por la estructura y la lógica interna de su pensamiento [6].

A pesar de haber sido a menudo considerado como mero compilador de material procedente de fuentes muy diversas, la investigación reciente tiende a subrayar –a través del análisis de conceptos como

"vida", "bien", "*unum*"– la intención integradora de San Alberto y el lugar de la Teología en el conjunto de su obra [7]. Él es consciente de que el Hombre, como creatura en la que el mundo espiritual y el mundo material se encuentran, está llamado, a través de la doble luz de la fe y de la razón (Alberto permanece claramente vinculado a una concepción del conocimiento de matriz neoplatónico-cristiana y a la doctrina de la iluminación), a remontarse a través de los diversos grados de las creaturas y del saber hacia Dios, fuente de toda luz e inteligibilidad, y a unirse a Él a través de lo que llama la "divinización" del Hombre.

En su significativo discurso a los científicos y estudiantes en la catedral de Colonia (Alemania), en la fiesta de San Alberto Magno en 1980, el Papa Juan Pablo II hablaba de esta "crisis de legitimación de la ciencia" y subrayaba el valor modélico de la "síntesis" de San Alberto: el reconocimiento de la plena validez de las ciencias fundadas racionalmente y su apertura, para ser llevadas más allá de su racionalidad propia, por la luz de la revelación.

[5] Cf. *Fides et ratio*, n. 45.

[6] H. Anzulewicz, "Die Denkstruktur des Albertus Magnus. Ihre Dekodierung und ihre Relevanz für die Begrifflichkeit und Terminologie", en: HAMESSE, Jacqueline / STEEL, Carlos (eds.): *L'Élaboration du vocabulaire philosophique du Moyen Âge*. Turnhout 2000, p. 369-396 (Rencontres de Philosophie Médiévale, 8); Id., "Die Rekonstruktion der Denkstruktur des Albertus Magnus. Skizze und Thesen eines Forschungsprojektes", en: *Theologie und Glaube* 4 (2000), p. 602-612; Id., "Albertus Magnus – Der Denker des Ganzen", en: *Wort und Antwort* 4 (2000), 148-154.

[7] H. Anzulewicz, "Die Denkstruktur...", 370ss; G. Wieland, "Albert der Grosse. Der Entwurf einer eigenständigen Philosophie", en: Th. Kobusch (ed.), *Philosophen des Mittelalters*, Darmstadt 2000, 125-139.

El discurso del Papa en Colonia concluía subrayando el valor de la razón humana y, a su vez, su necesidad de abrirse a la Palabra de Verdad eterna, hecha carne en Jesucristo. Asimismo, invitando a los científicos y estudiantes a la virtud de la fortaleza, para defender la ciencia en un mundo dominado por la duda, alienado de la verdad y necesitado de sentido; y a la virtud de la humildad, para reconocer la finitud de nuestra razón ante la Verdad que la trasciende. Esas fueron –decía Juan Pablo II– las virtudes de Alberto Magno [8].

La encíclica *Fides et ratio* habla también, en el contexto de la concepción de la relación entre ciencia y fe, de la "perenne novedad de Santo Tomás de Aquino" (nn. 43ss). Aún cuando Santo Tomás no se dedica, como su maestro, al cultivo de las ciencias de la naturaleza, su reconocimiento de la especificidad, lo que hoy llamaríamos "legítima autonomía" de las diversas ciencias y su opción por la noción de "sacra doctrina", tiene implicancias para la comprensión de la Teología y su relación con la Filosofía y las Ciencias. Ella asegura a la "Teología", como investigación racional del dato revelado, un marco vital y una orientación dentro del cual ha de desplegarse el *intellectus fidei*. Como concepto análogo e integrador,

que no se reduce ni a la Sagrada Escritura ni a la Teología, al incorporar la labor de la inteligencia humana y el aporte de las diversas disciplinas, la noción de "*sacra doctrina*" puede ser interpretada como expresión del ideal de Santo Tomás de integración de las diversas formas de saber –lo que supone la legítima "autonomía" y complementariedad de las diversas formas de conocimiento– y de su orientación al fin último del Hombre, la visión de Dios o "*contemplatio primae veritatis in patria*".

En síntesis, podemos decir que, tanto en San Alberto como en Santo Tomás, se da: a) una clara percepción de la capacidad de la inteligencia humana para conocer la verdad a través de los diversos grados del saber y de la legitimidad y necesaria distinción entre las correspondientes Ciencias con su legítima autonomía relativa; b) el sentido de la unidad del saber, a través de sus diversos grados; c) la valoración de la Filosofía y su necesaria integración a la Teología; d) la necesidad de diálogo con la cultura clásica y con las demás culturas y fuentes, en busca de la integración de los elementos de verdad a ser puestos en relación y al servicio de la novedad del Evangelio y, de ese modo, experimentar una profunda transformación (piénsese, por ejemplo, en tantas

[8] Treffen von Johannes Paul II. mit den Wissenschaftlern und den Studenten, Kölner Dom, 15. November 1980. En: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1980/november/documents.

nociones asumidas de Aristóteles u otras fuentes que, en Santo Tomás, adquieren un nuevo sentido y alcance).

2. De la "deslegitimación" de la Teología como ciencia a la "emancipación" de las ciencias del espíritu

El segundo modelo histórico de relación entre Teología y Ciencias mencionado por Max Seckler puede caracterizarse, como se ha dicho, como de desencuentro y conflicto. Las raíces del conflicto que había de darse en la Modernidad entre ambas formas de racionalidad se encuentran ya en la Edad Media tardía y, en particular, en la desvalorización del esfuerzo de síntesis de Santo Tomás y en el auge del, así llamado, "voluntarismo" que llega a sostener un Dios "sin naturaleza" o esencia divina, sino sólo como "potencia absoluta" y, sobre esa base, niega la posibilidad de la Teología como ciencia [9]. Esta posición iba a tener influencia a través de diversos caminos y, en más de un sentido, en M. Lutero quien, antes de romper con Roma, inicia su camino a través de un programa de reforma de los estudios teológicos, exigiendo una separación de la Teología y del estudio de la Sagrada Escritura respecto de la Filosofía [10]. Sin continuar aquí con el desarrollo de la concepción de la Teología como

ciencia hasta el presente, nos basta mencionar el hecho de la llamada "deslegitimación" de la Teología como ciencia por parte de las Ciencias positivas modernas, con el consiguiente aislamiento y repliegue de la Teología respecto del campo de la cultura y de las ciencias profanas por varios siglos, a través del positivismo científico, hasta entrado el siglo XX.

3. Una nueva situación para el diálogo y la interacción entre Ciencias, Filosofía y Teología

En los últimos años, se dan circunstancias propicias para una nueva forma de diálogo entre las Ciencias, la Filosofía y la Teología. Esto se debe, por un lado, a desarrollos en el campo de la epistemología, a saber, la nueva situación de las ciencias del espíritu frente a la antigua pretensión de imposición de un método científico-natural como medida única de la ciencia, por la valoración del momento hermenéutico en el conocimiento y por una mayor conciencia de la relatividad del alcance de las teorías científicas. Por otro lado, desde el punto de vista ético, la ciencia y tecnología, íntimamente imbricadas una en la otra, han continuado con un progreso vertiginoso y exigen, más allá de una mentalidad puramente pragmatista, una orientación ética ante

[9] Véase: W. Pannenberg, *Wissenschaftstheorie und Theologie*, Frankfurt 1973, 233ss.

[10] Cfr. O.H. Pesch, "Existentielle und sapientiale Theologie. Hermeneutische Erwägungen zur systematisch-theologischen Konfrontation zwischen Luther und Thomas von Aquin", en: *ThLZ* 92 (1967), 731-742.

los graves desafíos que plantean las posibilidades de manipulación en el campo de la vida humana. En síntesis, puede decirse que, después de un largo período de desencuentro entre la Teología y las Ciencias, en la actualidad surge un nuevo panorama, con mejores posibilidades para este diálogo [11].

La Teología, por su parte, buscando conocer y cultivar mejor el diálogo con las diversas Ciencias y avanzando así hacia un mejor conocimiento del Hombre y de la naturaleza, no podrá dejar de confrontar la realidad y su experiencia de dicho diálogo con las Ciencias, como instancia última, con la sabiduría de la Cruz y la esperanza de la vida eterna, es decir, con la luz que brota de la revelación divina y que permite descubrir la dignidad trascendente de la persona humana, creada a imagen de Dios, redimida en el Verbo hecho carne y llamada a la participación de la vida divina.

En este marco de un nuevo clima de relación entre las Ciencias, la Filosofía y la Teología abierto por la superación de algunos prejuicios del pasado, por los graves desafíos éticos comunes y por la crisis de la racionalidad moderna que plantea el riesgo de desesperar de la capaci-

dad de la razón humana para conocer la verdad, cobra un significado especial –como desarrollo de lo esbozado en el mencionado discurso de Juan Pablo II en Colonia en 1980–, la exhortación formulada en la Encíclica *Fides et ratio*. Ella anima a una sana confianza en la ciencia y en la razón humanas y afirma, a su vez, la necesidad de su apertura a la luz de la revelación divina, que sin desconocer su legitimidad y autonomía propias, les abre perspectivas insospechadas.

Que este diálogo entre fe y razón, Teología, Filosofía y Ciencias tiene que estar al servicio de la Verdad y de la vida, ha sido explicitado en las encíclicas de Juan Pablo II *Veritatis Splendor* y *Evangelium Vitae*. La Teología –y todo fiel cristiano– están llamados a dar razón del *logos* de verdad, de fe y esperanza que habita en nosotros (1 Pe 3,15). La libertad humana, creada, se funda en la Verdad, no puede constituirla [12]. Así afirma igualmente dicha encíclica: “Jesús es la síntesis viviente y personal de la perfecta libertad en la obediencia total a la voluntad de Dios. Su carne crucificada es la plena revelación del vínculo indisoluble entre libertad y verdad, así como su resurrección de la muerte es la exaltación suprema de la fecundidad y de la fuerza salvífica de

[11] Véase en este sentido la conferencia del Card. Paul Poupard OP, presidente del Consejo Pontificio para la Cultura, en el congreso internacional sobre *Foundations and the Ontological Quest* en la Universidad del Laterano enero 2002, “Science-Philosophie-Théologie: Un nouveau climat de dialogue”.

[12] Cf. Enc. *Veritatis Splendor*, nn. 84ss.

una libertad vivida en la verdad" [13].

La Encíclica *Evangelium Vitae* afirma, por su parte, que "es urgente una movilización general de las conciencias y un común esfuerzo ético, para poner en práctica una gran estrategia en favor de la vida (...) para construir una nueva cultura de la vida" [14]. En esa tarea, que incumbe a todos, tienen un papel importante que desempeñar los profesores, educadores, intelectuales, "las Universidades, particularmente las católicas, y los Centros, Institutos y Comités de Bioética" [15]. En síntesis, los graves desafíos que plantea la técnica y la cultura contemporánea, las nuevas posibilidades abiertas de diálogo interdisciplinario y las recientes exhortaciones del Magisterio de la Iglesia ponen de manifiesto la importancia de una fecunda interacción de "la Teología, la Filosofía y las Ciencias al servicio de la verdad y de la vida".

III. LA CONTRIBUCIÓN TEOLÓGICA DEL P. DOMINGO BASSO

Volviendo a la obra del Padre Basso, no podríamos dejar de mencionar a quienes han sido sus fuentes inspiradoras y sus

maestros. Ante todo, Santo Tomás de Aquino, de quien él se ha sentido siempre discípulo. También algunos de sus profesores, mediadores fieles y creativos de esa tradición doctrinal en los años de su estudio a mediados del siglo XX, como por ejemplo, los padres Bertrand Gillon, Thomas Deman, Michel-Marie Labourdette y Santiago Ramírez. Entre sus condiscípulos, el P. Basso recuerda y valora especialmente la figura del P. Ceslas Pincakers, de fecunda labor en el campo de la Teología Moral en la Facultad de Teología de Friburgo de Suiza donde, como se dijo, él realizó su doctorado.

Sobre las huellas de los mencionados maestros, el P. Basso ha desarrollado una prolongada y fecunda labor en sintonía con lo que la Iglesia espera del servicio de los teólogos y, específicamente, de los teólogos moralistas. La Instrucción *Doctrina de la Fe* sobre la vocación especial del teólogo, recordaba en 1990 que "entre las vocaciones suscitadas por el Espíritu en la Iglesia se distingue la del teólogo, que tiene la función especial de lograr, en comunión con el Magisterio, una comprensión cada vez más profunda

[13] Id., n. 87.

[14] Enc. *Evangelium Vitae*, n. 95.

[15] Idem, n. 98. En el mismo contexto menciona su institución de la Pontificia Academia para la Vida, "con el fin de estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, relativas a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en las que guardan mayor relación con la moral cristiana y las directrices del Magisterio de la Iglesia". (Id.).

de la Palabra de Dios contenida en la Escritura, inspirada y transmitida por la Tradición viva de la Iglesia" [16]. La Encíclica *Veritatis Splendor* destaca, por su parte, el servicio de los teólogos moralistas y su papel frente a los planteos científicos contemporáneos: "el servicio que los teólogos moralistas están llamados a ofrecer en la hora presente es de importancia primordial, no sólo para la vida y misión de la Iglesia, sino también para la sociedad y la cultura humana" [17]. La Teología Moral –afirma la Encíclica– debe servirse, a tal fin, de los resultados de las Ciencias del Hombre y de la naturaleza, sin por ello subordinarse a los resultados de las observaciones empírico-formales o de la comprensión fenomenológica, sino que está llamada a hacer un discernimiento desde la fe: "la pertinencia de las ciencias humanas a la Teología Moral siempre debe ser valorada con relación a la pregunta primigenia: ¿Qué es el bien o el mal? ¿Qué hacer para obtener la vida eterna?" [18].

Pienso que estos rasgos pueden reconocerse en la obra del Padre Domingo Basso como teólogo moralista y, específicamente,

en su dedicación al campo de la Bioética, por lo que ella cobra un valor ejemplar que merece ser destacado. En este sentido podrían mencionarse cuatro rasgos característicos de su reflexión: a) un recurso a las Ciencias biomédicas y un diálogo entre ellas y la Teología Moral, en el cual se da un discernimiento propiamente teológico, como el mencionado en la Encíclica *Veritatis Splendor*; b) una sólida fundamentación filosófica y, específicamente, metafísica que acompaña la exposición y discusión de los temas teológico-morales, c) un compromiso decidido por la afirmación de la dignidad de la persona humana, incluso y especialmente, en las fases más frágiles de su existencia; d) una labor teológica comprendida y desarrollada siempre como servicio eclesial a la fe y al Magisterio de la Iglesia.

En este sentido, podría mencionarse, por ejemplo, su obra *Nacer y Morir con dignidad* (1989). En ella, el Padre Basso desarrolla con una clara articulación sistemática, a lo largo de seis capítulos, los siguientes temas: I. La dignidad humana y el respeto por la vida; II. El comienzo

[16] Congregación para la Doctrina de la Fe, Instrucción sobre la vocación eclesial del teólogo *Donum veritatis* (1990), n. 6.

[17] Juan Pablo II, *Veritatis splendor*, Carta encíclica a todos los obispos de la Iglesia Católica sobre algunas cuestiones fundamentales de la enseñanza moral de la Iglesia, n. 109ss.

[18] Enc. *Veritatis Splendor*, 111. En este sentido la Encíclica afirma que "El teólogo moralista debe aplicar, por consiguiente, el discernimiento necesario en el contexto de la cultura prevalentemente científica y técnica actual, expuesta al peligro del pragmatismo y del positivismo. Desde el punto de vista teológico, los principios morales no son dependientes del momento histórico en el cual vienen a la luz". (Id., 112).

de la vida humana según la Ciencia y según la Teología [19]; III. La vida humana artificialmente impedida (contracepción); IV. La vida humana artificialmente producida (procreación artificial); V. La vida humana inicial artificialmente interrumpida (aborto inducido); VI. La vida humana terminal artificialmente abreviada (suicidio y eutanasia). La Encíclica *Evangelium Vitae*, del 25 de marzo de 1995, menciona el desarrollo del estudio de la Bioética como un "signo de esperanza": "Con el nacimiento y desarrollo cada vez más extendido de la Bioética se favorece la reflexión y el diálogo -entre creyentes y no creyentes, así como entre creyentes de diversas religiones- sobre problemas éticos fundamentales que afectan a la vida del Hombre" [20]. El P. Basso ha percibido muy temprano la importancia de esta nueva disciplina y ha sido uno de los primeros en cultivarla y difundirla en Argentina. El conjunto de su obra aparece, por todo esto, como un ejemplo de lo que la Iglesia espera de los teólogos y, específicamente, de los teólogos moralistas y, en cierto modo, como un legado o, más precisamente, como un impulso y una invitación a continuar es-

ta labor con competencia y fidelidad.

La encíclica *Veritatis Splendor* recuerda a todos que "es la vida de santidad, que resplandece en tantos miembros del pueblo de Dios frecuentemente humildes y escondidos a los ojos de los Hombres, la que constituye el camino más simple y fascinante en el que se nos concede percibir inmediatamente la belleza de la verdad, la fuerza liberadora del amor de Dios, el valor de la fidelidad incondicionada a todas las exigencias de la ley del Señor, incluso en las circunstancias más difíciles" [21]. Esto vale para todos los fieles cristianos en la Iglesia, para todas las edades, para todas las situaciones de salud. Con el P. Domingo Basso queremos mirar a los santos, a María Santísima, queremos contemplar, siguiendo la invitación del Santo Padre Juan Pablo II en la Carta Apostólica *Novo millennio ineunte*, el "rostro de Cristo", Camino, Verdad y Vida y, como tal, "Él mismo (...) Ley viviente y personal, que invita a su seguimiento, da mediante el Espíritu la gracia de compartir su misma vida y su amor e infunde la fuerza para dar testimonio del amor en las

[19] En este punto el autor toma distancia de las posiciones de San Alberto, Santo Tomás y tantos otros autores que tras las huellas de Aristóteles y habida cuenta de algunas implicaciones de la refutación de las tesis "traducianistas" en el campo de la doctrina del pecado original, habían sostenido la tesis de la animación mediata. Dicho capítulo se cierra con un apéndice sobre el "status" humano del embrión.

[20] Enc. *Evangelium Vitae*, n. 27. Cf. Elio Sgreccia, "Fundamentos de la Bioética en la *Evangelium Vitae*", en: AA.VV., *No matarás: A mí me lo hiciste. Comentarios y texto de la Carta encíclica "El Evangelio de la vida"* de Juan Pablo II, Edicep, Valencia, 1995, pág. 145-154

[21] Nr. 107.

decisiones y en las obras" [22].

Al comenzar hoy este Congreso dando gracias a Dios en el 10º Aniversario de la fundación del Instituto de Bioética de la UCA y haciendo memoria de aquellos que han contribuido a su constitución e irradiación en estos años de trabajo fecundo, no podemos dejar de recordar de un modo especial, como lo ha hecho el señor Rector, al P. Domingo María Basso, bajo cuya gestión rectoral y por cuya ini-

ciativa fue fundado el Instituto. Su convicción del significado e importancia del mismo en el seno de la Universidad sigue siendo ciertamente actual. Quiera el Señor bendecir la labor de quienes tienen hoy a su cargo la dirección del Instituto de Bioética de la UCA, para que, favoreciendo la interacción fecunda entre la Teología, la Filosofía y las Ciencias al servicio de la Verdad y la vida, éste continúe dando fruto abundante y permanente también en el futuro.

[22] Enc. *Veritatis Splendor*, n. 15.

PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA: BASTIÓN EN LA DEFENSA DE LA VIDA

18 de octubre de 2004.

S.E.R. Mons. Elio Sgreccia

- Laureado en Filosofía y Letras por la Universidad de Bologna.
- En 1994 fue nombrado Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida.
- Es Director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma) y Profesor ordinario de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la misma Universidad.
- Fue el responsable de comenzar con la enseñanza de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del *Sacro Cuore (Roma)*.
- Ha sido y es miembro de numerosos Comités de Bioética tanto en Italia como en el exterior. Asimismo, es miembro de la Comisión Nacional de Bioética de Italia.
- Es miembro del Pontificio Consejo para la Familia y del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- Es Director de la revista *Medicina e Morale*.
- Además del *Manual de Bioética* –en dos volúmenes, traducido a diversas lenguas (español, portugués, francés y ruso) con tres ediciones y numerosas rediciones– es autor, coautor y editor de numerosas obras relacionadas con la pastoral sanitaria, la ética médica y la familia.
- Cabe destacar entre sus publicaciones más recientes la colección "Scienza Medicina Etica" de la editorial *Vita e Pensiero* y de la colección de la Pontificia Academia para la vida

Palabras clave

- Bioética
- Investigación
- Método triangular
- Pontificia Academia para la Vida
- Magisterio de la Iglesia

RESUMEN

La historia de la Pontificia Academia para la Vida (PAV) es breve, habiendo sido instituida por el S. Padre Juan Pablo II el 11 de febrero de 1994. Igualmente simple es la estructura y clara la finalidad. El objetivo de la PAV es "estudiar, formar e informar acerca de las más importantes cuestiones que se refieren a la Biomedicina y al Derecho, que conciernen la defensa y la promoción de la vida y que tienen una estrecha conexión con la moral y el Magisterio de la Iglesia". Concretamente, el ámbito de estudio de la PAV coincide con aquello que hoy se conoce como "Bioética". Más importante resulta la exposición del método de trabajo adoptado y de los resultados conseguidos en el plano de las publicaciones y de la actividad.

Deseo expresar mi fuerte sentimiento de emoción por encontrarme aquí y exponer ante esta numerosa y calificada asamblea. Voy a hablar de la Pontificia Academia para la Vida en la cual trabajo desde que fue fundada, hace diez años. Trabajo como vicepresidente, por lo que la conozco paso a paso, dificultad por dificultad, hasta el momento actual que, naturalmente, necesitará un ulterior desarrollo. Agradezco mucho esta invitación; agradezco la acogida y amabilidad del P. Bochaty, del Rector y de todos los

organizadores del Congreso. Recuerdo muy bien el año 1999 en que visité esta Universidad para dar algunas conferencias y recibir el honor de ser nombrado *Doctor Honoris Causa* de esta Universidad.

El día 11 de febrero de 1994, en el XVIº año de su pontificado, Juan Pablo II erigió la Pontificia Academia para la Vida, publicando la carta apostólica *Motu proprio "Vitae misterium"*. En el pasado mes de febrero, hemos celebrado el primer decenio de vida con un congreso especial abierto a una Asamblea General de los miembros de la Academia.

En este documento, *Motu proprio "Vita e misterium"*, Su Santidad explica los motivos y los objetivos de esta nueva fundación. Tengo aquí presentes las palabras de este documento. "El misterio de la vida, -sobre todo, de la vida humana- atrae cada vez más el interés de los estudiosos, quienes son empujados por sorprendentes búsquedas que hacen esperar copiosos resultados, que los progresos de la ciencia y la tecnología plantean cada día. Esta nueva condición, mientras permite, por una parte, intervenir en los mismos fundamentos y fuentes de la vida, comporta irreparables aberraciones. Comporta múltiples e inéditas cuestiones de orden moral que el Hombre no puede ignorar sin recurrir al peligro de irreparables aberraciones. Consciente de esta situación, la Iglesia -que por mandato de Je-

sucristo ofrece el servicio de la iluminación de las conciencias acerca de las urgencias morales que derivan de su naturaleza-, después de haber tomado conocimiento de los datos de la investigación y de la técnica, quiere proponer, en virtud de la misma misión evangélica y su deber apostólico, la doctrina moral conforme a la dignidad de la persona y su visión integral, en referencia a la Congregación para la Doctrina de la Fe. Este hecho se vuelve sobre todo urgente en este momento, tiempo de reflexión, en que la Iglesia, en la acogida amorosa de cada vida humana, sobre todo débil y enferma, vive un momento fundamental de su misión, tanto más necesaria cuanto más dominante se ha hecho una Cultura de la Muerte (exhortación apostólica post sinodal *Christi Fideles Laici*, n.38).

El Santo Padre recuerda la obra de la Iglesia a lo largo de los siglos. En todo el mundo, en el ámbito de la salud, vuelve a resaltar la instrucción del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Operadores Sanitarios a quien es confiado también, entre otros, la tarea de estudiar los problemas morales consecuentes de la aplicación de la ciencia y de la técnica en el ámbito de la salud y, por lo tanto, aquellos problemas que conciernen al campo de la Bioética. En este contexto, concluye la carta, el Santo Padre instituye la Pontificia Academia para la Vida, la cual, según el estatuto, es de *sui iuris*, es

decir, es independiente. Sin embargo, mantiene una unidad de criterios y obras con el Pontificio Consejo.

La tarea de la Pontificia Academia es definida en la misma carta (n. 4), con las siguientes palabras: "su tarea peculiar será estudiar, enseñar e informar -en latin, *prescrutare, docere et instruere*- acerca de las más importantes cuestiones que se refieren a la Biomedicina y al Derecho, que conciernen la defensa y la promoción de la vida y que tienen una estrecha conexión con la moral y el Magisterio de la Iglesia. Estas finalidades serán retomadas en el estatuto, que define también la estructura de la Pontificia Academia para la Vida. Mientras tanto, podemos subrayar esta finalidad de la PAV: estudiar, de modo profundizado -escutar-, enseñar e informar sobre los problemas que tocan la vida humana en el campo de la Medicina y que conciernen a la moral y el Derecho. Se trata, en otras palabras, de los problemas que se abordan hoy bajo el nombre de la Bioética.

La palabra Bioética está nombrada en el n. 3 de esta carta. Son los problemas cruciales por los cuales el Santo Padre hizo referencia al Concilio Vaticano II, en la constitución *Gaudium et Spes*, volviendo a llamar "los grandes delitos contra la vida: suicidios, homicidios, aborto, eutanasia, suicidio voluntario, todo lo que ofende a la integridad de la persona como las

mutilaciones, las torturas infringidas al cuerpo, los esfuerzos por violar la intimidad de la persona, todo lo que ofende la dignidad humana, como las condiciones inhumanas de vida, los encarcelamientos sanitarios, las deportaciones, la prostitución y el mercado de mujeres y los jóvenes y también las viles condiciones de trabajo. A estos mismos problemas hace referencia el n. 38 de la exhortación apostólica *Christi Fideles Laici* donde se pone el acento en "la inviolabilidad de la persona, reflejo de la inviolabilidad de Dios mismo, que encuentra su primera y fundamental expresión en la inviolabilidad de la vida". Define el derecho a la vida como derecho primero y original, condición para todos los otros derechos de la persona, afirmando que "titular de tal derecho es el ser humano en cada fase de su desarrollo, desde la concepción hasta la muerte natural, y en cada condición, sea ella de salud o de enfermedad, de perfección o minusvalía, de riqueza o de miseria".

Para cuando fue instituida la Pontificia Academia para la Vida, la Bioética había alcanzado ya un desarrollo en todo el mundo y ya estaban operando centros e instituciones en muchos países y con muchas orientaciones, mientras crecía el número de Comités en hospitales y centros de investigación y hasta como órganos de consultoría de los Gobiernos y los Parlamentos. En Italia, ya en 1995 había

sido instituido el Centro de Bioética en la Universidad Católica del *Sacro Cuore* y, en 1991, el Instituto de Bioética. Anteriormente, en Bélgica, en España, en Estados Unidos y otros países de América, obviamente, también la Iglesia había sentido la necesidad de tener un organismo de estudio sobre estos delicados y vastos problemas, ya que, mientras tanto, habían ido creciendo varias alarmas en el campo de la Genética y de la procreación artificial.

Pero, para contextualizar históricamente la institución de la PAV, también es necesario señalar un desarrollo importante dentro de las Academias Pontificias. Las Academias Pontificias son diez, abocadas al estudio de diferentes disciplinas: Pontificia Academia Santo Tomás de Aquino, Pontificia Academia Mariana, Pontificia Academia de Arqueología y demás. Pero, la Academia más célebre y famosa en el mundo, que comprende en su seno muchos premios Nobel, es la Pontificia Academia para las Ciencias, fundada por Pío XI en 1936, separándose y distinguiéndose de la más antigua Academia que existe en Italia, que remonta al 1603.

El primer presidente de la Pontificia Academia de las Ciencias fue el P. Gemelli, fundador de la Universidad Católica italiana. Hasta el año 1993, esta Academia fue la sede única donde eran discutidos los temas científicos. En 1993, el Santo

Padre, con una decisión que creo muy importante, fundó la Pontificia Academia para las Ciencias Sociales y, en 1994, la Pontificia Academia para la Vida. ¿Por qué? Probablemente, eso fue causado por el hecho de que los estatutos de la Pontificia Academia para las Ciencias se caracterizan, sencillamente, por una finalidad cognitiva, descriptiva, para dar al Santo Padre los resultados de las ciencias. Es decir que, esta Academia no tiene como finalidad enfrentar problemas éticos, ni tanto menos de moral católica. Tiene miembros ateos, judíos y personas de distintas orientaciones culturales de máxima excelencia científica. Pero, frente a la impetuosidad de los problemas actuales, el Santo Padre ha puesto en acto estas dos nuevas Academias, para las Ciencias Sociales y para la Vida, en las cuales los problemas morales tienen un nivel más importante, una emergencia. Por cuanto concierne a la Pontificia Academia para la Vida, no exige la fe católica a los miembros, pero es solicitada la adhesión a una declaración en favor de la vida y el respeto del derecho a la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Los estatutos abarcan la comparación entre los hechos científicos y las aplicaciones tecnológicas, por una parte, y la Moral y el Derecho, por la otra, y abarcan también la toma de postura del Magisterio de la Iglesia Católica. Este hecho, que hace de la PAV un organismo empeñado, la pone en

frontera. La PAV tiene el mandato de mantener abierto el diálogo y la confrontación con los organismos científicos laicos y de otras confesiones cristianas. Pero tiene su propia identidad. Además, los estudios de la PAV deben, por estatuto (Art. 2), ser ofrecidos, ante todo, a los dicasterios de la Curia Romana, comprendida la Congregación para la Doctrina de la Fe, y estos dicasterios pueden pedir, por su parte, pareceres sobre problemas y hechos de modo reservado, pudiendo redactar documentos también públicos.

ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LA PAV

Haré solamente una simple alusión a este punto. El órgano directivo está representado por un Presidente, coadyuvado de un Vicepresidente y de un Consejo Directivo de cinco miembros, todos de nombramiento pontificio. La programación y decisiones son maduras por este organismo que tiene la efectiva dirección de la Academia; su nombramiento es por una duración de cinco años y puede ser confirmado.

Los miembros de la PAV son de dos categorías: los ordinarios, nombrados por el Santo Padre, provenientes de varios países, provistos de diferentes competencias y especialidades -Medicina, Genética, Biología, Filosofía, Derecho, Bioética,

Teología moral, Antropología, Ecología, Psicología-, no necesariamente de fe católica, pero con el compromiso de la defensa de la vida (este empeño es confirmado por la suscripción a una declaración de los servidores de la vida). Los miembros ordinarios pueden ser, como máximo, setenta -ahora son cincuenta y uno- y duran en la calificación hasta 80 años; después, se convierten en honorarios. El título de los miembros ordinarios es aquel necesario en el ámbito de estudio de los problemas en que se ocupa la parte, por tanto, se encuentran nombrados profesores universitarios bien conocidos en los campos de la Medicina, de la Biología, del Derecho, de la Filosofía, de la Teología Moral. Entre estos hay algunos que no tienen títulos académicos pero se han distinguido por méritos especiales en la defensa de la vida; por ejemplo, ha sido miembro de la PAV la Madre Teresa de Calcuta. La segunda categoría la constituyen los miembros correspondientes que son nombrados por una duración de cinco años, con nombramiento renovable, y tienen como tarea predominante difundir pensamientos de la PAV, referir los hechos relevantes del propio país (leyes, artículos importantes, acontecimientos que pueden interesar a la Academia), además de participar en las Asambleas Generales y de estar al día sobre los problemas que involucran la vida. No hay un número limitado para este tipo de miembros, quienes se desempeñan,

generalmente, en las Universidades y en papeles distinguidos de la sociedad. Se trata de tener a un representante por cada país, pero aun no tenemos cubiertos todos los países; el número actual es de setenta y cinco miembros correspondientes.

Naturalmente, también en la estructura de la PAV están contempladas las funciones de tesorero y secretario, que pueden recaer sobre la misma persona; hay también una sección de secretaría.

Pero, es más interesante conocer el **método de trabajo** que es seguido por la Academia.

La tarea confiada allí, ante todo, concierne al estudio y la investigación. El estudio es, obviamente, relativo a los problemas más urgentes en el ámbito de la Bioética, donde existe necesidad de explicación y profundización. Problemas que implican más disciplinas (Medicina, Biología, Filosofía, Teología, Derecho, etc.) Esta tarea es llevada adelante, principalmente, en dos distintas modalidades.

La primera modalidad se desenvuelve durante todo el curso del año académico y compromete a todos los miembros de la PAV. Es un trabajo que tiene diversos pasos a lo largo del año académico. El primer paso de este itinerario consiste en elegir el tema del año para proponer al estudio. Esto ocurre en el ámbito del

Consejo Directivo. El Consejo Directivo se hace cargo de elegir un tema que se estima importante para la Iglesia Católica, para el momento histórico que se atraviesa. Por ejemplo, este año estamos trabajando sobre "la calidad de vida y la ética de la salud". Es un tema muy difuso, enfocado en las políticas de salud, por eso, hemos establecido hacer una reflexión atenta. En uno de los primeros años, 1996, el tema elegido fue "identidad y estatuto del embrión humano", del cual, seguramente, conocen la publicación. Entonces, el tema elegido es subdividido, por así decir, en subtemas, pertinentes a diversos aspectos (históricos, biológicos, genéticos, filosóficos, antropológicos, jurídicos, epistemológicos, teológicos y éticos) Por cada uno de estos temas y aspectos son elegidos especialistas, quienes son reunidos e invitados a trabajar juntos en una unidad de trabajo y de investigación, que hemos llamado *Task Force*. Cuando fue el tema de la identidad y estatuto de embrión, el genetista, el historiador de la Medicina, el filósofo, el epistemólogo fueron convocados, erguidos con una comprobada conciencia de tener especialistas de alta experiencia.

Esta *Task Force* trabaja durante el año. Se reúne varias veces, coordinada por mí mismo, y cada uno de los especialistas propone por escrito su relación documentada y la discute, posteriormente, con los otros especialistas. Este tipo de

trabajo permite profundizar en el tema, someter a la crítica las afirmaciones y los pasos principales de la exposición y descubrir todo el arco de la reflexión, evitando superposiciones o lagunas. Se construye una monografía, a partir de la aportación de los diversos especialistas. Una vez acabada esta fase preparatoria, todas las relaciones -traducidas al inglés- son enviadas a todos los miembros de la PAV, al menos un mes antes de la Asamblea General, para que tengan tiempo de hacer de ello un estudio adecuado y, si creen oportuno, hacer sobre el tema comunicaciones propias, por escrito, para añadir a las relaciones que son leídas y discutidas durante la Asamblea General.

La Asamblea General, entonces, discute el trabajo de las *Task Force*, a lo que añade otras observaciones. Este sería el tercer paso. La Asamblea General de la PAV normalmente dedica dos días al examen y profundización del tema propuesto y las varias relaciones. Después, medio día a los problemas internos, relativos a la organización de la Academia. La participación en la Asamblea General, en la reunión de carácter científico, es abierta a estudiosos interesados en el tema, mientras que la parte de ordinaria administración se realiza en una sesión reservada a los miembros. La parte científica recibe una ulterior depuración durante la Asamblea General, en que las varias relaciones son presentadas y discutidas.

Como último punto del camino, acabada la Asamblea, los textos definitivos son recogidos y encaminados para la publicación de las Actas. El resultado es un volumen en lengua inglesa que es enviado a todos los dicasterios de la Curia Romana, a los nuncios, a los presidentes de las Conferencias Episcopales. Habitualmente, desde algunos años a esta parte, publicamos también el volumen en italiano. Ambas versiones son curadas por la Pontificia Academia para la Vida. La Librería Editorial Vaticana incluye la obra en su catálogo, a la venta. Hay un inconveniente en este punto: que la Librería Editorial Vaticana no tiene representaciones en varios países y, por lo tanto, la difusión queda limitada. Es verdad que, a partir de cierto año, cada volumen es publicado también en Internet, en el sitio de la PAV, pero esto no basta para una adecuada difusión. Algunos volúmenes, por iniciativa de algún centro o ente, han sido traducidos a otras lenguas. Por ejemplo, el volumen sobre la identidad y estatuto del embrión ha sido traducido a siete lenguas y la edición inglesa ha tenido una segunda edición de 5.000 copias, además de las 2.000 iniciales. Actualmente, los volúmenes publicados ya cubren numerosos temas y constituyen una colección, por forma tipográfica y por contenido.

Me parece interesante leer los títulos de esta colección:

- *Identidad y estatuto del embrión humano*. Edición italiana y edición en lengua inglesa.
- *Genoma humano y persona humana en la sociedad del futuro*. Edición inglesa.
- *Bioteχνologías animales y vegetales. Nuevas fronteras y nuevas responsabilidades*. Edición en italiano.
- *La dignidad del moribundo*. Edición inglesa.
- *Evangelium Vitae. Cinco años de confrontación con la sociedad*. Publicado con motivo de los cinco años de la Pontificia Academia para la Vida.
- *Cultura de la Vida. Su fundación y dimensión*. Edición inglesa e italiana.
- *Naturaleza y dignidad de la persona humana como fundamento del derecho a la vida*. Edición inglés e italiana.
- *Ética de la investigación biomédica*. Dos ediciones: italiano y francés.

El hecho de no contar siempre con las dos ediciones, como se podrá comprender, se debe a la falta de financiamiento.

Esta colección proporciona los hechos de los diversos congresos anuales, científicos, promovidos por la Academia sobre temas específicos, actuales, preparados con la colaboración de especialistas, reunidos en las *Task Force*.

Tenemos también publicadas otras obras, como:

- *Comentario a la Evangelium Vitae*, de SS Juan Pablo II. Publicado inmediatamente después de la Encíclica.

- *La causa de la vida*. Reune las actas del primer congreso de la Academia, realizado inmediatamente después del nombramiento.

- *Evangelium Vitae y Derecho*. Publicado en colaboración con el Pontificio Consejo para la Familia y el Pontificio Consejo para los Textos Jurídicos.

- *Comentario interdisciplinario de la Evangelium Vitae*, curado por Lucas Lucas en la edición española de la PAV.

En breve, saldrá el volumen relativo a procreación artificial, que ha sido el objeto de la última Asamblea. Se publicará en versión italiana e inglesa. Se acompañará con un volumen conmemorativo de los primeros diez años de vida de nuestra Academia.

La colección contará, así, con 17 volúmenes de notable interés y de viva actualidad, publicados durante los diez primeros años de vida.

Deseo llamar la atención sobre algunos temas abordados que resultan vitales también hoy: la identidad y estatuto del embrión humano, el genoma humano, la dignidad del moribundo, la dignidad sobre la procreación humana, que toca toda la problemática de la fecundación artificial. Pienso que estos volúmenes pue-

den ayudar a los Centros de Bioética, no sólo para sus cursos y todo el trabajo informativo que desarrollan, sino también para la elaboración de tesis de licenciatura, ya que la documentación ha sido muy cuidada y resulta completa.

El segundo nivel de trabajo de la Academia es el de investigación que ocupa, no tanto el curso anual, sino ciertos momentos, con grupos de trabajo particulares, que son constituidos y organizados por la emergencia que se verifica alrededor de un problema sobre el cual apremia una respuesta y una orientación.

Las solicitudes más frecuentes provienen de los organismos de la Santa Sede -por ejemplo, de la Congregación para la Doctrina de la Fe- para un primer examen de los problemas que, luego, son elaborados de modo definitivo por la Congregación misma. Hace falta decir que de este trabajo consultivo y preparatorio, a veces muy absorbente y sobre una variedad múltiple de temas, el público no sabe nada porque nuestro trabajo es hecho privadamente, al servicio de otro dicasterio. A veces, la sugerencia viene de la Secretaría de Estado, tal vez por la necesidad de llevar un parecer a la opinión pública o, también, a los encuentros internacionales. En estos casos, los grupos de estudio duran unos meses o, a veces, sólo unos pocos días. Estos resultados son publicados, con la aprobación de los supe-

riores y, en la mayoría de los casos, en forma de documentos.

Reproduzco los títulos que, pienso, son conocidos por ustedes:

- *Reflexión sobre la clonación humana.*

Este ha sido publicado en diversas lenguas: español, portugués, polaco, ruso.

- *Declaración sobre la producción y el uso científico y terapéutico de células estaminales embrionales humanas.* Publicado en inglés, francés, español, alemán y portugués.

- *Prospectiva de los xenotrasplantes. Aspectos científicos y consideraciones éticas.* Traducido al inglés, francés y español.

- *La prohibición de la clonación en el debate internacional.* Publicado para acompañar a quienes participan, y todavía participarán este año, del encuentro de las Naciones Unidas, donde se va a preparar una Convención Internacional para la prohibición de la clonación humana. Como ustedes saben, algunos piden la prohibición total y otros la prohibición solamente relacionada con la clonación reproductiva, dejando paso a la denominada clonación terapéutica.

Un volumen particular ha sido elaborado a utilidad de algunas de las Conferencias Episcopales, con la aportación de especialistas no creyentes, sobre el delicado tema de la pedofilia, que no ha sido publicitado.

El tema sobre xenotrasplantes es fruto de una colaboración intensa de estudiosos de fama internacional, también no creyentes, los que han agradecido mucho haber participado de esta investigación, no solamente por la ocasión de encontrarse entre científicos, sino también de escuchar los trabajos sobre las consideraciones morales.

Querría añadir otra característica de nuestra labor, que he podido introducir gracias a la experiencia adquirida en el Instituto de Bioética de la Universidad Católica; puntualmente, sobre el método de trabajo. Pienso que será útil hacer una pequeña ilustración de este método, que nosotros llamamos, el **método triangular**.

Esto hace referencia a la valencia epistemológica presente en estas publicaciones. Ustedes saben que uno de los problemas más agudos de la Bioética es el problema epistemológico. En particular, se trata de saber cómo juntar y conectar, fructuosamente y legítimamente, disciplinas que tienen un estatuto, un método, un campo de observación y criterios científicos estimativos muy diferentes una de la otra. Se trata, en efecto, de poner juntas las ciencias experimentales –como la Biología y la Genética– con la Filosofía, la Antropología, el Derecho, la Teología, alrededor de un mismo tema –que podría ser, por ejemplo, el embrión humano, el Genoma Humano, el mori-

bundo, la investigación científica, etc.-

Esta es una empresa que fracasó en los tiempos de Galileo y que ha llevado a la separación de ambas vías en los siglos siguientes de la Modernidad, porque las ciencias experimentales han ido por su vía ignorando la Filosofía y la Ética y, por otra parte, la Filosofía y la Ética han trabajado sin la aportación de la investigación experimental. Tenemos que reconocer a la Bioética el mérito de haber expuesto el problema del puente entre las ciencias experimentales y aquellas humanísticas y de haber obligado a la Filosofía y el Derecho a ocuparse de la vida, en concreto, de la procreación, de la genética, de la biotecnología.

Es un trabajo que exige delicadeza; la delicadeza de la modista -si me permiten la comparación- que tiene que encontrar el hilo de algodón o seda con la aguja de metal, porque juntos sirven para coser el vestido de manera correcta. Por otra parte, es este un trabajo urgente, imprescindible para coser un vestido adaptado y adecuado al mundo cultural actual. No estoy aquí para hacer la historia de la epistemología a partir de Carl Popper hasta el estudioso jesuita, de quien están publicando los volúmenes de sus obras actualmente, Lonergan. Me urge decirles nuestras conclusiones, las cuales son bien conocidas ya por mis alumnos, colaboradores y cuantos leen mi manual. Para la

solución de los problemas éticos presentados por las ciencias biomédicas y su aplicación, proponemos un encuentro de varios saberes, de varias disciplinas implicadas, según lo que llamamos método triangular.

Este modelo propone partir, ante todo, del conocimiento adecuado del dato científico. Es el punto A del triángulo; el primer ángulo de la base. Se debe partir de este conocimiento para plantear la pregunta antropológica que comporta este hecho científico para la naturaleza y la dignidad propia del ser humano, de la persona humana; este es el punto B, vértice B del triángulo. Después de haber contestado esta pregunta y después de haber tomado conciencia de lo que comporta -por ejemplo, un preciso hecho científico, la procreación artificial- sobre la dignidad de la mujer, sobre la vida, la integridad del hijo, sobre el ejercicio de la paternidad y maternidad o del arte médica, entonces -solamente entonces- se puede concluir sobre la orientación ética, punto C; porque a partir de la dignidad del ser humano, se puede interrogar legítimamente sobre el bien a perseguir y sobre las normas a seguir para conseguir el bien del Hombre y el bien de la sociedad de los Hombres.

No se puede deducir, pues, directamente la Ética de la Ciencia y, todavía menos, juzgar el hecho científico por una com-

paración aproximada con el sentido moral o una impresión emotiva. El Hombre debe ser el centro; en el centro debe quedar la persona humana con su dignidad. Sobre las fronteras de la vida humana, se han abierto hoy posibilidades y, por ende, responsabilidades nuevas, con el enorme desarrollo de las ciencias biológicas y médicas, junto al sorprendente poder tecnológico. El Hombre es hoy, en efecto, capaz no sólo de observar, sino también de manipular la vida humana en sus primeros estadios de desarrollo.

La conciencia moral de la humanidad no puede quedar extraña o indiferente frente a los pasos gigantescos de una potencia tecnológica que adquiere un dominio cada vez más vasto y pródigo sobre los dinamismos que refieren a la procreación y a las primeras fases del desarrollo de la vida humana. Quizás nunca como hoy, en este campo, la sabiduría se muestra como el único ancla de salvación, porque el Hombre en la búsqueda científica siempre puede actuar con inteligencia y con amor, o sea, respetando –más bien, venerando– la inviolable dignidad personal de cada ser humano desde el primer instante de su existencia.

Es verdad que esta metodología triangular no se puede concebir como un mecanismo formal, como una operación deductiva, tal como alguno ha criticado. Es, en rigor, un método de confrontación. Es

necesario tomar conciencia de los datos científicos y respetar la ciencia en su objetividad para evitar, que sea manipulado el dato científico como tal. Pero es necesario, también, hacer dialogar al dato científico y confrontarlo con la filosofía de la persona humana, la dignidad del Hombre (cuando hablamos del Hombre, hablamos de paternidad, maternidad, generación humana, embrión –que es un Hombre– y todos los valores antropológicos que están implícitos en todas las cuestiones de Bioética) Hacer dialogar el hecho científico con sus consecuencias sobre la dignidad del Hombre y, después, interrogarse sobre el bien de la persona humana; cómo se puede conciliar el hecho científico que ha sido comparado con la dignidad del Hombre en la visión del bien de la persona humana.

La Ética tiene su autonomía, no es simple deducción de la Metafísica, pero tiene necesidad de la Metafísica. El tema de la relación de la Ética y la Metafísica es muy delicado y fuerte. Nosotros sostenemos que es necesaria una relación y correlación pero no como simple deducción. Por ejemplo, sobre el embrión humano, si algún profesor, ginecólogo o una pareja dudan que el embrión concebido de algunos días es, verdaderamente, un ser humano en toda su dignidad, la Ética pide que se comporten como si efectivamente fuera digno de respeto total. En la duda, es necesario seguir,

moralmente hablando, la deducción, la parte más segura. Es así que la Deontología, la Ética, tiene una propia lógica que no es la misma que la lógica metafísica, pero debe ser fundada sobre la metafísica porque, si hay duda, significa que hay probabilidad de que sea un Hombre con toda su dignidad. En este caso, la deducción ética no es una simple deducción de lógica matemática ni lógica metafísica, es una lógica deóntica, de naturaleza ética. La Ética tiene su estatuto, pero tiene la necesidad de colegiarse con la reflexión metafísica y fundarse, también, sobre el dato científico, respetándolo. Entonces, tiene que quedar claro que nosotros respetamos la razón científica pero queremos respetar también la razón filosófica y la razón deóntica y ética.

Esta es la metodología que aplicamos, en investigación bioética, en la PAV; pienso que es útil proponerla a vosotros que estáis trabajando, con mérito, en el mismo campo.

Concluyo mi exposición diciendo que la Academia no se ocupa simplemente de la investigación, aunque hasta ahora me concentré en esta tarea. Están también las funciones de "informar y formar", como dice el estatuto. Pero todas ellas están unidas, ya que del resultado de las investigaciones, derivan los contenidos y los estímulos para informar a la Iglesia,

formar a los fieles y a todos aquellos interesados en estos problemas. Esta información, cada año, se relaciona con la vida de la Iglesia y, también, algunos organismos políticos e internacionales. En particular, nuestros fundados documentos, con carácter de tomas de posición, han tenido una amplia difusión y han alcanzado revistas científicas prestigiosas, como *Nature*. Los mismos congresos organizados por la PAV, en particular o en colaboración con otros organismos, han tenido un fuerte impacto entre los medios de comunicación, han recibido citas en casi todos los mayores periódicos y revistas de los Estados Unidos y, sus textos, han sido presentados en prestigiosas revistas científicas laicas; este es el caso, por ejemplo, del Congreso Internacional sobre estado vegetativo persistente desarrollado, recientemente, en conjunto con la Federación Internacional de Médicos Católicos.

La información también circula no sólo por escrito, sino también, modestamente, con nuestros pasos. Ahora estamos aquí muy pocos de los que trabajamos adentro de los despachos de la PAV, en sus oficinas. Pero tenemos colaboradores calificados, miembros expertos en varias partes del mundo y contamos con encender los cien fuegos de la Verdad, esparciéndolos por cada continente. Ese es, al menos, nuestro sueño: favorecer el saber y el desarrollo de muchos núcleos ac-

tivos, especializándolos para lanzar y relanzar los mensajes, adecuadamente iluminados por la preparación científica y de la fe. Queremos que la emergencia

que está sobre todas las emergencias -es decir, el conocimiento de la Verdad- sea satisfecha en los tiempos más breves y en los espacios más amplios posibles.

LA BIOÉTICA PERSONALISTA EN ESTADOS UNIDOS

*Transcripción de la Videoconferencia
mantenida el 18 de octubre de 2004.*

Edmund D. Pellegrino, MD

- Profesor emérito en Medicina y Ética Médica.
- Investigador senior en el *Kennedy Institute of Ethics* (Georgetown University, Washington DC) y Profesor adjunto de Filosofía en la misma universidad.
- Fue el director reciente del Centro para el Estudio Avanzado en Ética y fundador del *Center for Clinical Bioethics* de la Universidad de Georgetown (Washington DC).
- Es autor y coautor de veinticuatro libros y editor fundador del *Journal of Medicine and Philosophy*.
- Es Master del *American College of Physicians*, Fellow del *American Association for the Advancement of Science* y miembro del *Institute of the National Academy of Sciences*.
- Ha recibido numerosos premios y cuarenta y ocho doctorados honorarios. Sus trabajos de investigación abarcan la Historia y Filosofía de la Medicina, la Ética profesional y la relación médico-paciente.

Palabras clave

- Ética de las virtudes
- Personalismo
- Principialismo

RESUMEN

El P. Alberto Bochatey entabla un diálogo con el fundador del *Center for Clinical Bioethics*, el Dr. Pellegrino, considerado uno de los padres de la Bioética Personalista, acerca de la situación de la ética de las virtudes en la cultura anglosajona. Sostiene que el principalismo está perdiendo alguno de sus atractivos por la falta de una sólida base ontológica. Finaliza con una referencia a los desafíos que deparan a la Bioética Personalista.

P. Bochatey:

Muchas gracias por estar con nosotros en este Iº Congreso Internacional de Bioética Personalista en nuestro décimo aniversario como Instituto de Bioética. Contamos con la presencia especial de S.E.R. Monseñor Elio Sgreccia, Prof. Antonio Spagnolo, Prof. María Luisa Di Pietro, Prof. Maurizio Calipari, Prof. Emilio Ibeas, Pbro. Fernando Chomali y muchos otros profesores de Argentina. Esta mañana comenzamos con la historia del Instituto, luego tuvimos una conferencia interesante sobre la Academia Pontificia para la Vida y terminé la mañana diciendo que en nuestra primera reunión de la tarde íbamos a estar con los dos grandes "padres de la bioética": Mons. Sgreccia y el Doctor Pellegrino. Acá hay muchos hijos de

ellos (y podemos decir que tenemos dos padres ya que estamos hablando de la biotecnología).

Cuando comenzamos a planear cómo mejorar la bioética personalista en la Argentina, recibimos mucho apoyo del *Center for Clinical Bioethics* de la Universidad de Georgetown, del Dr. Pellegrino y todo su equipo, quienes fueron muy amigables y nos ayudaron generosamente. Me gustaría agradecer muy especialmente al Dr. Pellegrino en este décimo aniversario por todo el apoyo que nos dio.

Voy a comenzar con las preguntas para el Dr. Pellegrino, ya que él prefiere tener un diálogo con nosotros.

¿Cómo es la aceptación de la ética de las virtudes en la comunidad bioética de la cultura anglosajona?

Primero quiero felicitar a todos por este aniversario y agradecerles a usted y Mons. Sgreccia por sus comentarios, es muy bueno verlos de nuevo, especialmente ya que no nos hemos visto durante un tiempo.

En relación con la ética de la virtud, creo que su pregunta apunta a cómo está funcionando en los Estados Unidos. Yo diría que realmente tiene mucho apoyo, como ustedes saben, yo comencé a hacer

estas preguntas y tengo muchas aplicaciones de la ética de la virtud a la ética médica. Creo que va teniendo cada vez más respaldo a medida que la gente aprecia el hecho de que no existe la posibilidad de eliminar el agente moral, la persona moral que actúa, como lo hubiera dicho el Papa Juan Pablo II. La ética de la virtud trata con el carácter del agente moral, independientemente de la teoría que uno acepte, tiene que atravesar una persona humana, esta persona es la que la aplica en el mundo práctico, en la toma de decisiones. Por esa razón está siendo cada vez más aceptado que no tenemos una bioética sino una bioética de la virtud.

P. Bochatey:

Durante varias décadas hemos tenido a la Bioética de los principios como la única forma de pensar en Bioética, ahora en muchas áreas del mundo, también en América Latina, surgen voces críticas y propuestas de otras posibilidades para entender la bioética. ¿Según su punto de vista, cómo es la situación del principialismo en el mundo actualmente?

Dr. Pellegrino:

Como usted dice, el principialismo se ha extendido en todo el mundo. En lo que se refiere al futuro yo pienso que está per-

diendo alguno de sus atractivos, en primer lugar, no tiene una base fuerte para esos principios, se entienden a partir de la moralidad común, eso significa que se construye socialmente, que pueden cambiar con el tiempo y con la moral. Por lo tanto, el principialismo debería distinguirse del uso de principios, porque los principios van a estar siempre con nosotros. Por ejemplo, el principio de la autonomía, como todos sabemos, ha estado muy enfatizado y promocionado y actualmente hace falta reevaluar y analizar las limitaciones de la autonomía. Por consiguiente, el principialismo está siendo muy analizado y yo creo que los principios van a sobrevivir, pero no la teoría del principialismo, por las bases metafísicas u ontológicas.

P. Bochatey:

¿Cuál será la mejor forma de hablar y de presentar a la personas de nuestra sociedad en estos días el concepto de persona? ¿Cómo podemos relacionar eso con la perspectiva de la filosofía del posmodernismo o de la nueva forma de pensar sin la metafísica?

Dr. Pellegrino:

Esa es una pregunta compleja para un tiempo tan breve, así que voy a hacer algunos comentarios. En primer lugar, creo que es muy difícil en nuestra sociedad de

hoy tener la verdadera noción metafísica y ontológica de la persona. Estamos muy confundidos entre personas e individuos, hay una distinción que se clarificó en la edad media, pero aún hoy en día pensamos en términos de individuos o personas. El problema entonces es cómo hacemos para entender a la persona como el centro de actuación, de razonamiento, la base sustancial o lo que es el "ser" humano. Es una idea engorrosa de explicar debido al individualismo y a la eliminación de todo lo metafísico, por lo tanto, tendemos a aceptar un concepto de persona como un ente legal o como una entidad que se desarrolla con la construcción social, con atributos sociales y físicos. Pero eso excluye a muchos seres humanos, que son personas, y no cumplen con algunos criterios de construcción social. Dada la dirección de la cultura contemporánea, especialmente en Estados Unidos, el individuo, no la persona, es el centro de discusión; el individualismo pesa más que el personalismo.

P. Bochaty:

¿Cuáles son los principales desafíos que confrontaremos en el futuro cercano especialmente tratando de ser fieles al punto de vista personalista?

Dr. Pellegrino:

Yo creo que se retrotrae a lo que dije ha-

ce algunos minutos, tenemos muchos obstáculos de la causa. El problema fundamental que debemos solucionar es aceptar la noción de la persona, especialmente como sustancia individual con esencia racional, y recuperar la idea de todo lo metafísico, porque hay necesidad de una base metafísica para la ética. Cómo lo solucionamos: con debates, con ensayos, con persuasión, tratando de mostrar a las personas que el individualismo y los sustitutos sin bases llevan a consecuencias desastrosas para todas las personas y para la sociedad. En Bioética, esta situación nos lleva a la devaluación del ser humano porque no se satisfacen las nociones constructivas de lo que es una persona.

Otro problema que tenemos es la división dentro del pensamiento católico. Dentro del personalismo, por ejemplo, algunos aceptan la noción ontológica y otros aceptan otra dirección que conduce hacia el proporcionalismo (que yo no comparto). Pienso que el enfoque personalista es el más adecuado porque afecta a las personas como personas que son parte de una comunidad y que están en solidaridad con otros seres humanos, que se interrelacionan unos con otros y eso afecta no solamente al individualismo sino a especificaciones de la socio-ética.

P. Bochaty:

Cuando comenzamos con la terminolo-

gía de la Bioética, todos empezamos a conocer a algunos de sus libros y, pensando en el libro como idea de puente hacia el futuro, ¿cómo podemos construir un puente en el diálogo en esta sociedad del posmodernismo especialmente entre la bioética norteamericana y la bioética latinoamericana? ¿Tenemos algún punto en común? ¿Podemos compartir alguna manera para construir algo para toda América?

Dr. Pellegrino:

Realmente no conozco cómo es la Bioética en América del Sur, yo fui muy pocas veces por allí, por lo tanto no soy un experto, pero creo que lo que nos une debería ser la tradición que tenemos y la iglesia católica. La idea de persona, toda

la Bioética se retrotrae a muchos años y esa tradición es el punto en común. Tenemos que garantizar que todos entendamos cuáles son esos puntos en común y entender cada vez más cuál es nuestra tradición y de dónde viene y cómo ha evolucionado. En referencia al mundo contemporáneo y a la biotecnología, creo que hay muchos debates sobre este tema pero lo más importante para mí y para todos los que comparten el mismo punto de vista es que tenemos bases dentro de la Iglesia Católica y la Tradición que el mundo contemporáneo tal vez no tiene, por ejemplo, que todos los debates están sentados sobre la base de lo que dice la moral. Tenemos que aprender cómo tener un enfoque para poder defender nuestras creencias, independientemente de lo que diga la ciencia moderna.

PERSONALISMO: COMPARANDO Y CONTRASTANDO DOS ENFOQUES

*Transcripción de la Videoconferencia
mantenida el 18 de octubre de 2004.*

Hna. Carol Taylor, CSFN, RN, PhD

- Directora del Centro de Bioética Clínica (Universidad Georgetown, Estados Unidos)
- Directora en Filosofía con orientación en Bioética (Universidad de Georgetown)
- Posgrado en Enfermería Quirúrgica
- Miembro del Comité de Ética y del Equipo de Consulta Ética del Hospital universitario de Georgetown
- Coordinadora de la iniciativa *Values-Based Health Care* en la Universidad de Georgetown.
- Investigadora Senior del *Kennedy Institute of Ethics* (Universidad de Georgetown)
- Profesora Asistente en Enfermería (Universidad de Georgetown)
- En su práctica profesional se dedica al cuidado y atención de enfermos crónicos y críticos y sus familias. Asimismo, conduce ateneos éticos y desarrolla seminarios sobre ética en el cuidado de la salud para profesionales de la salud y público en general.

Palabras clave

- Suicidio asistido
- Personalismo
- Toma de decisión

RESUMEN

A fin de ejemplificar la aplicación y los matices del personalismo, la directora del *Center for Clinical Bioethics* de la Universidad de Georgetown expone el análisis de un caso asignado a investigadores de dos universidades europeas. Luego concluye con las similitudes y diferencias.

Durante el otoño de 2003 el Centro de Bioética Clínica tuvo la fortuna de tener entre sus estudiantes investigadores visitantes a Tom Muhlenberg de la Universidad Leuven de Bélgica y a Ana Giuli de la Universidad del *Sacro Cuore* de Italia. Asignados para aplicar sus respectivos enfoques al Personalismo en el análisis de un caso [1], ellos expusieron el siguiente comentario que ilustra algunas similitudes y diferencias importantes.

En primer lugar describiré el caso, en segundo lugar, delinearé los dos diferentes enfoques al personalismo y sus implicancias para el análisis del caso, y en tercer lugar, concluiré con una breve declaración acerca de las similitudes y diferencias.

1. EL CASO DE CD

CD es un hombre casado de 45 años, padre dos chicos en edad escolar. Fue

diagnosticado con ALS 24 meses atrás. Las funciones de CD han declinado al punto tal que ya no se lo puede dejar solo. Necesita asistencia en la transportación, evacuación, alimentación y aseo. No puede caminar, escribir ni usar una computadora. Anteriormente, un grupo de voluntarios se quedaban con él cuando sus necesidades eran menos intensas, pero ahora necesita cuidados las 24 horas, que no están cubiertos por su seguro médico.

CD siente que ha llegado al punto donde la resistencia frente al sufrimiento, sin ninguna esperanza real de mejoría, carece de sentido y es intolerable. Cree, con cierta razón, que la muerte es la única forma de aliviar el dolor y el sufrimiento. No demuestra signos de depresión clínica ni incompetencia. Considera que sus sentimientos son consistentes con su condición y rechaza la medicación antidepressiva. Su último pedido, dice, es morirse pronto, no sólo para evitar más sufrimiento sin sentido sino también para evitarle la bancarrota a su familia. Su mujer cree que la condición actual de CD supera lo que cualquier persona puede tolerar razonablemente y conviene, en forma renuente, a su petición. Él solicita a su médica que le haga una receta para adquirir medicación que pueda tomar cuando decida terminar con su vida.

[1] Este artículo está basado en un Caso Conferencia llevado a cabo en el Centro de Bioética Clínica de la Universidad de Georgetown, Washington, DC, 17 de noviembre de 2003.

La médica no cree que pueda hacerlo. Es abiertamente sabido que CD intentó pedir asistencia médica para terminar con su vida. Las drogas utilizadas para controlar el dolor de CD aparentan ser efectivas y no hay signos de respiración deprimida.

La médica podría sugerir sedación terminal y el rechazo a la alimentación y el agua.

¿Debería sugerir este tratamiento? De no ser así, qué alternativas, si las hubiera, debería sugerir? ¿Qué lineamientos de asesoramiento debería ofrecer? [2]

2. TEORÍAS ÉTICAS

2.1 Personalismo: el enfoque de Leuven

El personalismo tiene sus raíces en la filosofía de Francia y Alemania con pensadores tales como Emmanuel Mounier, Jacques Maritain, Gabriel Marcel, Max Scheler, Martín Buber y Emmanuel Levinas, quienes desarrollaron antropologías filosóficas y teorías éticas concomitantes. El personalismo ha sido siempre

caracterizado por una inmensa diversidad de enfoques y teorías particulares; siempre ha habido un número diferente de "personalismos". Una de las filosofías personalistas más conocidas, es del Personalismo de Karol Wojtyła, el actual Papa Juan Pablo II, que constituye la base para la enseñanza Católica contemporánea en temas éticos, por ejemplo, anti-concepción y control natal, desde que Wojtyła se convirtió en Papa en 1978. Como filósofo, Wojtyła intentó integrar el personalismo de Max Scheler en un marco tomista de ley natural.

En Leuven fue Louis Janssens quien asentó los cimientos para el personalismo que actualmente se utiliza para tratar problemas éticos que surgen en el reino de la medicina y el cuidado de la salud [3]. El personalismo es un ejemplo de ética teleológica que implica que la obligación moral se deriva de lo que es deseable como un *telos*, un fin a ser alcanzado. En el personalismo, el *telos* es incorporado en una antropología humana que discierne tres dimensiones fundamentales y equivalentemente importantes de la persona humana: la persona humana como

[2] Este caso fue obtenido de las páginas de Medical Ethics, de la Universidad de West Virginia, división Charleston. <http://fuzzy.wvsc.edu/~hall/Advisor/Medicaethics/> (acceso: 29 nov. 2003)

[3] Para una noción general del trabajo de Louis Janssens, ver Joseph A. Selling, Franz Böckle, Roger Burggraeve et al. (Eds.) *Personalist Morals: Essays in honor of professor Louis Janssens*. Leuven: University Press Leuven, 1988. Para una introducción al enfoque personalista de la ética médica, ver Paul Schotsmans: "Personalism in Medical Ethics." *Ethical Perspectives: Journal of the European Ethics Network* 6/1 (1999): 10-20.

ser humano *único, relacional y social*.

1. Ser humano único: santidad de la vida humana

La dimensión de la unicidad afirma que cada ser humano es único hasta el fin de su vida. Esta unicidad concierne a la persona como un todo más allá de la posesión de ciertas cualidades o capacidades. De la creencia de esta singularidad derivan los valores de inviolabilidad o santidad de la vida y dignidad humana. El valor de autonomía también está arraigado en la naturaleza única e inviolable de la persona.

2. Ser humano de relación: autonomía de relación

Entender a la persona humana como un ser humano relacional implica la aceptación de la intersubjetividad como una característica básica de la vida humana; todo ser humano se caracteriza por una apertura fundamental hacia sus pares. Esta intersubjetividad limita la autonomía de la persona: en vez de autodeterminación, se entiende a la autonomía como autonomía de relación. En otras palabras: es solamente a través del diálogo y del reconocimiento de nuestra dependencia intersubjetiva, que la autonomía de la persona puede realizarse. Una implicancia significativa de esta dimensión relacional es que a las personas nunca se las deja solas cuando tienen

que tomar una decisión. Al contrario, la toma de decisiones y el diálogo van entrelazados.

3. Ser humano social: solidaridad

En adición a la unicidad e intersubjetividad, el personalismo afirma que hay una tercera dimensión de igual importancia en la persona humana: la dimensión social o relación de la persona con la sociedad en su conjunto. El personalismo reconoce esta dimensión a través de la integración del valor solidaridad.

Basado en este triple marco de la persona humana y dada la naturaleza teleológica, el personalismo utiliza el siguiente criterio moral: *'Un acto o una intervención es moralmente buena, si sirve al "humanum" esto es, si es beneficioso para la persona humana adecuadamente considerada en sus tres dimensiones básicas: como un ser humano único, relacional y social.'*

Cuando se tratan casos reales, el personalismo enfatiza que solamente se puede llegar a un juicio moral cuando se toma en consideración toda la situación en vez de focalizar solamente en el contenido material del acto. Por consiguiente, también se toman en cuenta las circunstancias y consecuencias previsibles. Esta atención a la situación en su conjunto también supone que cuando el contenido material del acto implica un disvalor,

toda la acción puede ser moralmente correcta, cuando hay una razón proporcional para admitir el disvalor. El principio de proporcionalidad, entonces, juega un papel principal en el personalismo.

La introducción del principio de proporcionalidad está basado en el reconocimiento de que la condición humana está fundamentalmente caracterizada por la contingencia que regularmente nos impide realizar el bien absoluto. Esto significa que lo humanamente deseable sea muchas veces un ideal lejano y no una opción real. Por lo tanto, el personalismo atribuye un lugar central al momento particular de evaluar los actos guiado por el principio de proporcionalidad. Haciendo esto, el personalismo traslada la evaluación moral del idealismo de lo "humanamente deseable" hacia lo "humanamente posible".

2.2 Personalismo: el enfoque de Roma

Al describir el modelo personalista promovido por el Profesor Sgreccia y otros, Antonio Spagnolo escribe: "La tradición personalista arraiga sus raíces en la razón humana y en su libertad: cada ser humano es "persona" por su habilidad de autorreflexión y autodeterminación; el ser humano es el único ser vivo que tiene la

capacidad de discernir y descubrir el sentido de las cosas y otorgar sentido a las expresiones del lenguaje consciente. (...) Desde el momento de la concepción hasta la muerte, en cada situación relativa al sufrimiento o a la salud, la persona humana es el punto de referencia fundamental y la verdadera medida para discriminar entre lo que es lícito y lo que es ilícito." [4]

El personalismo tiene la intención de mantener un status objetivo y esencial (ontológico) de la persona humana. El ser humano es valioso por lo que él o ella es y no de acuerdo con su desempeño biológico o las funciones que es capaz de ejercitar ni por las elecciones que haga. El ser humano es un espíritu encarnado, la dimensión espiritual y corporal coexisten como un "unum" inseparable, una unidad, en donde cada acto del ser humano constituye un acto de la persona en su conjunto, cuerpo y espíritu. El modelo personalista reconoce la dignidad del ser humano (en su totalidad corporal y espiritual) como un valor absoluto e inherente que demanda un respeto incondicional. Como consecuencia directa de esta antropología, la inviolabilidad de la vida humana exige protección y promoción desde su inicio hasta su muerte natural.

[4] Antonio G. Spagnolo. "Bioethics." *Interdisciplinary Encyclopedia of Religion and Science*. Edited by Giuseppe Tanzella-Nitti and Alberto Strumia. Rome: Urbaniana University Press, 2002.

Principios para la toma de decisiones

Del fundamento antropológico personalista, derivan estos cuatro principios:

*Defensa de la Vida Corporal

La vida corporal es el primer bien personal del ser humano. El cuerpo tiene un valor fundamental pero no absoluto: es el medio a través el cual el ser humano existe en el mundo y se expresa en un momento y espacio particulares, pero el valor de la persona no termina en su dimensión corporal. La condición primaria y necesaria para el desarrollo de todos los otros bienes humanos es la protección y promoción de la vida corporal y su integridad.

*Libertad y responsabilidad

La autonomía y la capacidad de toma de decisión de la persona debe ser protegida y respetada. El concepto de libertad está estrictamente conectado a la noción de responsabilidad que proviene de dos palabras latinas: *rem-ponderare*, la capacidad de evaluar antes de realizar una acción y *respondere*, la capacidad de responder a la acción elegida.

*Principio Terapéutico

Cada intervención médica (con fines terapéuticos, de diagnóstico o de investigación) debe ser llevada a cabo para el

beneficio efectivo del sujeto, este beneficio debe ser proporcional a los riesgos posibles.

*Solidaridad

Cada individuo existe en relación con otros en la sociedad. Esta realidad acarrea un compromiso para el bien común. Por otra parte, una sociedad justa tiene obligaciones hacia cada individuo, especialmente los más vulnerables y con mayores desventajas.

3. DISCUSIÓN DEL CASO

3.1 Personalismo: El enfoque de Leuven

Para poder formular la recomendación para el médico o para evaluar moralmente la respuesta del médico al pedido del paciente, el personalismo parte de la pregunta acerca de si la acción en su totalidad es beneficiosa a la persona entendida como un ser humano único, relacional y social.

En primer lugar, la adhesión a la unicidad de CD implica la confirmación de su dignidad humana más allá de su dependencia y su falta de capacidades, como la habilidad para desenvolverse de manera independiente, escribir o utilizar la computadora. El valor de la vida de CD y el respeto derivado de la dignidad humana no se vulneran por el deterioro de las capacidades de CD, sino que permanecen

cen, por el contrario, con la fuerza como si CD mantuviera una buena salud corporal. Un inmediato acatamiento del médico al pedido de suicidio asistido de CD, constituiría, consecuentemente, un irreparable atropello sobre la vida inviolable de CD. La reticencia intuitiva del médico para acceder al pedido de CD y su cambio hacia el uso de sedantes en la fase terminal como alternativa parece reflejar un entendimiento del principio de la inviolabilidad o santidad de la vida.

El reconocimiento de la persona fundamentalmente orientada hacia el otro (intersubjetividad) en este caso llevaría a enfatizar la naturaleza dialógica del encuentro clínico entre el médico y CD. Un diálogo abierto y sincero entre el médico y el paciente encarnaría esta intersubjetividad y permitiría al médico valorar la naturaleza del pedido del paciente para el suicidio asistido. De acuerdo con este caso, el pedido de CD tiene dos fundamentos: 1) quiere evitar un futuro sufrimiento sin sentido, 2) quiere prevenir problemas económicos a su familia. Siguiendo esta lógica, el uso de sedantes en la fase terminal, o preferentemente el uso de sedantes en la fase paliativa, para acentuar el hecho de que los sedantes son sólo un elemento de cuidado paliativo, parece una solución inadecuada en esta etapa, ya que es una técnica extrema considerada solamente cuando otros métodos paliativos son insuficientes y el paciente sufre síntomas

persistentes.

En vez de proponer sedación paliativa en esta etapa, el médico podría ampliar el diálogo con CD y proponerle una consulta paliativa. Un equipo de apoyo paliativo informaría entonces a CD sobre las distintas posibilidades de cuidados paliativos para tratar su temor al dolor intolerable y sufrimiento. Cuando todos los otros métodos paliativos demuestren ser inadecuados para CD, la sedación paliativa puede ser considerada como el último método para aliviar el dolor, llevando a CD a un estado de conciencia reducida para poder reducir satisfactoriamente el dolor y sufrimiento de CD.

El temor de CD por la carga financiera que implica una asistencia de cuidado las 24 horas en su casa, trae la tercera dimensión de la persona humana, esto es, la relación de la persona con la sociedad en su conjunto y el valor de solidaridad que de ello deriva. Cuando la preocupación financiera sale a la superficie durante el diálogo entre el médico y CD, el médico no debe descuidar esto, pero tampoco puede manejar los asuntos financieros de CD. Una respuesta adecuada del médico puede ser combinar una consulta con un trabajador social para considerar qué posibilidades existen para minimizar la carga financiera de la situación de CD. El médico también podría considerar si la hospitalización o la admisión a un centro de cuidados

podría aliviar los problemas financieros.

Con el caso de CD en nuestra mente, nosotros como sociedad debemos determinar si queremos que la gente muera porque no pueden solventar los gastos de la fase terminal de su enfermedad de una manera digna. Una respuesta a esta pregunta va más allá del encuentro clínico entre el médico y el paciente, pero es un elemento esencial para una equilibrada ética de los cuidados de la salud. Para este debate, el personalismo introduce la solidaridad como el valor central.

3.2 Personalismo: el enfoque de Roma

Metodología de toma de decisiones:

- Análisis de la información científica y clínica (los hechos relevantes para el tema ético)
- Análisis de los principios antropológicos involucrados en el caso.
- Decisión ética (cual es la acción moralmente correcta, el bien a cumplir en el caso puntual)

Los hechos relevantes:

- El sufrimiento intolerable de CD;
- CD no está en la etapa terminal de su enfermedad;
- La drogas utilizadas para calmar el dolor de CD parecen ser efectivas y no hay signos de respiración deprimida;
- La carga económica impuesta a la familia de CD para tratar su enferme-

dad los llevaría a la bancarrota;

- No hay evidencias de que CD sufra depresión clínica o incompetencia.

Principios en conflicto:

El principio de libertad y responsabilidad que atribuye el respeto por la autonomía y capacidad de toma de decisión de CD y el principio de defensa de la vida corporal. También está involucrado el principio de solidaridad que promueve una obligación de justicia económica.

Decisión ética:

El caso presenta el tema del suicidio asistido: ¿Está éticamente justificado en esta (o cualquier otra) situación? Proveer una prescripción letal o detener la nutrición o hidratación, en este caso puntual, significa procurar la muerte directa e intencionalmente con el fin de eliminar todo sufrimiento. De acuerdo con la perspectiva personalista, el suicidio asistido está configurado como un acto moralmente ilícito ya que es la supresión directa e intencional de una vida humana (la misma argumentación moral es referida a la eutanasia) Es considerado un *intrinsicse malum*, algo intrínsecamente malo; constituye una norma absoluta y ni el consentimiento del paciente ni su solicitud de "asistencia" justificarían éticamente cooperar con este mal. Las siguientes opciones son consideradas acciones moralmente correctas por su respeto por la vida humana y porque su intención es mejorar, mientras fuera posible, la cali-

dad de vida del paciente y su familia (justicia económica):

- cuidados paliativos
- ayuda emocional y espiritual (ayudar a CD a enfrentar el desafío del sufrimiento)
- ayuda social y económica.

Es importante recordar que las medicinas capaces de aliviar o suprimir el dolor y los sedantes pueden darse a una persona que se está muriendo, incluso si esta terapia lleva a la pérdida de conciencia o indirectamente anticipa y acelera la muerte. La nutrición y la hidratación son adecuadas siempre que sean toleradas por el paciente.

4. CONCLUSIÓN: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Ambos enfoques personalistas apoyan la conclusión de que no hay justificación ética para realizar una prescripción letal para el paciente, basado en la santidad de la vida y la defensa de la vida corporal. Ambos aconsejaron una consulta para cuidados paliativos. Leuven sugiere que el uso de sedantes en la fase termi-

nal puede ser prematura en este punto, ya que es una técnica extrema que solamente se considera cuando otras opciones paliativas no han funcionado. Roma destaca que es importante recordar que las medicinas capaces de aliviar o suprimir el dolor y los sedantes pueden ser dados a las personas que estén muriendo, incluso si esto conduce a la pérdida de conciencia o indirectamente anticipa o acelera la muerte. A diferencia de Leuven, Roma remarca que la nutrición e hidratación médicas son adecuadas siempre y cuando sean toleradas por el paciente. Ambos enfoques también demandan a la sociedad el compromiso para obtener los recursos humanos y financieros suficientes para el gravemente enfermo y muriente, que asegure que no se elige la muerte prematura por la disponibilidad limitada de recursos y cuidados. El enfoque de Leuven, sin embargo, se diferencia por su convicción de que sólo se puede llegar a un juicio moral cuando se considera la situación en forma completa en vez de focalizar en el contenido material del acto y en la aceptación de la proporcionalidad.

LA NORMATIVA ITALIANA SOBRE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA EN EL CONTEXTO EUROPEO

18 de octubre de 2004.

Prof. Dra. Maria Luisa Di Pietro

- Médica endocrinóloga y forense (Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Master en Teología (Pontificia Universidad Lateranense, Roma, Italia)
- Profesora Adjunta de Bioética en grado y posgrado (Escuela de Medicina A. Gemelli, Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Profesora de Ética del Cuidado de la Salud (Instituto Internacional de Teología Pastoral en Cuidado de la Salud "Camillianum", Roma, Italia)
- Miembro del Comité Nacional de Bioética (Italia)
- Miembro del Comité de Ética Institucional del Hospital Universitario A. Gemelli (Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Miembro del Consejo Directivo del Centro de Bioética (Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia)
- Consultora del Ministerio de Educación Pública (Italia)
- Autora de numerosos artículos publicados en revistas especializadas de reconocimiento internacional.

Palabras clave

- Reproducción Médicamente Asistida
- Técnicas homóloga y heteróloga
- Experimentación en embriones
- Bioderecho
- Vida Humana

RESUMEN

A partir de un especial detenimiento en el debate que llevó a la aprobación de la ley n. 40 italiana sobre la procreación médicamente asistida, la autora analiza las distintas leyes europeas referentes a esta materia. Indica dos modelos contrapuestos de legislación - el modelo centrado en los deseos de los adultos y el modelo centrado en los derechos del concebido. Según Di Pietro, la confrontación entre las leyes de los Estados europeos muestra - como también los diversos Informes - algunas convergencias y muchas divergencias, a veces marcadas. Señala también una serie de inquietudes vinculadas con el recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida que puede ser de ayuda para orientar a aquellos países que todavía no han legislado sobre este campo.

1. Después de un largo y atormentado camino legislativo, fue aprobada - en Italia - la ley n. 40 sobre la procreación médicamente asistida. Durante el debate que acompañó su aprobación, se hizo repetidamente referencia a las leyes ya existentes en Europa: analicemos su contenido y el debate que han acompañado la preparación y la aprobación.

Este análisis, que puede ser de ayuda para orientar a aquellos países que todavía no han legislado sobre la materia, pone

en evidencia ante todo tres aspectos peculiares de estas leyes: a. el debate reciente; b. la reglamentación de una praxis ya existente; c. la propuesta de revisión de los textos de la ley.

a. Todas las leyes sobre la procreación médicamente asistida son posteriores a los años 80. En estos años, en efecto, se inicia el debate sobre las problemáticas científicas, sociales y éticas de las técnicas de reproducción médicamente asistida: el evento desencadenante es el nacimiento, en Gran Bretaña, de Louise Brown, el primer ser humano nacido después de una fecundación *in vitro* en 1978. La "creación" de seres humanos ocurre por lo tanto fuera del organismo de la mujer y conlleva una serie de inevitables y trágicas consecuencias, entre ellas la manipulación, la selección, el uso en la experimentación y la supresión de embriones. Desde 1978, la utilización de las técnicas de reproducción médicamente asistida se difunde rápidamente en todos los países, llevando a la creación de centros apropiados.

La primera ley europea en materia de técnicas de reproducción médicamente asistida fue dictada en Suecia en 1984 (sobre las técnicas de reproducción médicamente asistida intracorpórea en forma homóloga o hete-

róloga), a la cual siguió la ley de 1988 (sobre las técnicas de reproducción médicamente asistida extra-corpórea sólo en forma homóloga) y la ley de 1991 (sobre experimentación en embriones hasta el día 14º de la fecundación). En 1986, se promulgó la primera intervención legislativa noruega, a la cual siguieron la ley de 1988 y la ley de 1994. España legisló sobre la materia en 1988 con dos leyes, sometidas a revisión a partir de 2003. En los años 90, intervienen Gran Bretaña (1990), Alemania (1990), Austria (1992), Francia (1994), Dinamarca (1997) y Suiza (1998); en 2002 fue aprobada la ley belga. Hasta llegar a 2004, año de promulgación - en Italia - de la ley n. 40.

b. La dificultad, que han encontrado todos los países en la aprobación de una ley sobre la reproducción médicamente asistida, surge del hecho de que una normativa en la materia no da lugar al recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida ni lo legitima o autoriza. El legislador ha intervenido, por el contrario, para reglamentar una praxis ya muy difundida y ejercida sin control ni referencia algunos. En consecuencia, nos encontramos aquí frente a una situación de difícil manejo: la existencia de numerosos centros que practicaban las técnicas de reproducción médicamente

asistida; la presencia de intereses profesionales y económicos relevantes; la exigencia de satisfacer la demanda de parte de las parejas estériles; una gran resistencia a la hipótesis de introducir límites incisivos y significativos. Frente a esta situación, las opciones de parte de los legisladores han marcado diferentes modelos de política legislativa, a veces incluidos en la misma ley y esquematizables de este modo:

1. el modelo del *derecho privado*, o bien la convalidación de situaciones privadas con el reconocimiento de la validez de los acuerdos y de los contratos ya estipulados (por ejemplo, la aprobación del recurso a la reproducción médicamente asistida heteróloga y la prohibición del desconocimiento de la paternidad en el caso en el cual se ha asentado el consentimiento antes de efectuar el procedimiento);
2. el modelo de *orientación*, o bien la convalidación de las intenciones y de los acuerdos de las partes sólo en el caso en que respondan a las condiciones reconocidas en la ley (por ejemplo, la aprobación del recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida heteróloga con la condición de que sean efectuadas en centros autorizados, por personal médico, con un control severo de los donantes);
3. el modelo de la *autorización-sancción*, o bien la indicación de los pro-

cedimientos vedados y de los procedimientos autorizados y la previsión de sanciones cada vez que tales indicaciones no sean observadas.

c. La novedad de las técnicas de reproducción médicamente asistida, la imposibilidad de prever las consecuencias del recurso a la forma heteróloga, las nuevas aplicaciones en el campo de la experimentación sobre los embriones: éstas son tres de las razones por las cuales el legislador ha intervenido e interviene reiteradamente en la materia, modificando a veces las normas previamente aprobadas. En ello se funda, empero, la sospecha de que esta exigencia de revisión sea el síntoma de la inevitable inquietud que nace cuando se interviene en la raíz de la vida humana. La ley sobre la reproducción médicamente asistida ha sido sometida a revisión, por ejemplo, en Suecia donde el legislador ha intervenido tres veces: en 1984 sobre la inseminación artificial, en 1988 sobre las técnicas de reproducción médicamente asistida extracorpórea, en 1991 sobre la experimentación en embriones humanos. E incluso en Francia donde las llamadas "leyes bioéticas" de 1994, en las cuales estaba comprendido el tema de la reproducción médicamente asistida, habían establecido un límite más allá del cual se debía proceder a una revi-

sión. En efecto, en septiembre de 2004 se aprobó el nuevo texto de ley, en el cual uno de los aspectos más interesantes es la prohibición de la clonación humana, prescindiendo de su finalidad "reproductiva" o "terapéutica". Muy debatida fue la revisión de la ley española de 1988, que es - con la de Gran Bretaña - la más permisiva en Europa y a la cual se querían introducir restricciones más bien incisivas, entre ellas la prohibición de la producción de embriones sobrantes.

Las reformas francesa y española se ocupan de temas como la clonación humana, la producción y la utilización de células troncales embrionarias con fines terapéuticos-, que no habían sido previstos cuando se inició la labor legislativa. Se trata, por otra parte, de una ulterior y negativa degeneración de las técnicas de reproducción médicamente asistida.

2. Un aspecto común al debate sobre las leyes referentes a la reproducción médicamente asistida en Europa ha sido la institución de Comisiones de estudio que podrían indagar y formular respuestas a varios interrogantes. Recordemos algunas:

- la Comisión Warnock que debe su nombre a su presidente Mary Warnock, instituida en 1982 en Gran Bretaña. La Comisión ha hecho público el resultado de su labor en julio de 1984

con el llamado "Informe Warnock" y fueron muchas las reacciones, sobre todo a sabiendas de la reconocida posibilidad de experimentación sobre embriones hasta el día 14º de la fecundación;

- la Comisión Benda, llamada así por su presidente Ernst Benda, instituida en 1984 en Alemania por el Ministro Federal de Justicia. La Comisión ha hecho público el resultado de su labor con el llamado "Informe Benda" en 1985;
- el Grupo de trabajo presidido por Gregorio Garetta Ancos en 1985 en España, junto a la Dirección Nacional de los Registros y del Notariado, con la tarea de analizar los problemas surgidos con la inseminación artificial y la fecundación *in vitro*; y la Comisión Palacios, que debe su nombre al presidente Marcelo Alonso Palacios, instituida también en España en 1985 a pedido de la Asamblea del Congreso de Diputados. La Comisión ha hecho público el resultado de su labor con el llamado "Informe Palacios" en 1986;
- la Comisión Santosuosso, que debe su nombre al presidente Fernando Santosuosso, instituida en Italia en 1984 a pedido del Ministro de Salud. La Comisión ha hecho público el resultado de su labor con el llamado "Informe Santosuosso" en 1985, constituido por dos propuestas distintas acompañadas por extensas declaraciones

del Presidente y por algunas declaraciones de disenso. También en Italia fueron instituidas en 1994 la Comisión Guzzanti, presidida por Elio Guzzanti, y en 1995 la Comisión Busnelli, presidida por Francesco D. Busnelli.

- en 1991, fue presentado - en Francia - el informe de Noëlle Lenoir sobre los puntos de acuerdo y de divergencia en la sociedad francesa a propósito del recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida; en 1993 se publicó el informe presentado por J.F. Mattei al Primer Ministro francés.

Sin entrar en detalles de los eventos que siguieron a la publicación de los diversos Informes, se quiere poner de relieve de qué modo ellos condicionaron las decisiones del Parlamento, que derivaron sustancialmente en dos enfoques:

- a. El enfoque "centrado en los deseos de la mujer, de su pareja y del experimentador". La atención del Informe Warnock y del Informe Palacios se ha centrado - de modo exclusivo - en los deseos de la mujer, de su pareja y de los experimentadores, dejando de lado cualquier forma de protección del embrión humano. Así, particularmente con el fin de respetar estos deseos, el precio que deben pagar las Comisiones Warnock y Palacios es la negación de la individualidad del embrión

humano en la primera fase de desarrollo. Por esto, la necesidad de introducir un "momento" después del cual el embrión humano comienza a ser tal, momento individualizado en el día 14º de la fecundación después de la formación de la *stria primitiva*. Se trata de una distinción que implica gravísimas consecuencias éticas desde el momento en que - por la postergación del inicio de la existencia embrional - se deriva en una protección menor de los derechos. Una distinción, entre otras cosas, desprovista de fundamento científico, tanto que la misma Comisión Warnock ha debido admitir en el apartado N° 11.19 que "una vez que se ha iniciado el proceso de desarrollo, ningún momento específico del proceso es más importante que otro. Todos forman parte de un proceso continuo, y si cada uno de los estadios no sobreviene normalmente, en el momento justo y en la secuencia justa, se verá interrumpido el desarrollo sucesivo. De tal modo, desde el punto de vista biológico, no existe un estadio particular de desarrollo del embrión identificable y preciso más allá del cual el embrión *in vitro* no debiera ser mantenido con vida. Con todo hemos estado de acuerdo en sostener que, en este ámbito, es necesario tomar decisiones precisas con el fin de calmar los recelos de la opinión pública".

Por esto, se accedió al consentimiento al recurso no sólo de todas las técnicas de reproducción médicamente asistida homóloga y heteróloga por parte de los matrimonios o convivientes y de los solteros o viudos, sino también para la utilización de los embriones humanos (sobrantes o convenientemente fecundados) en la experimentación.

Sin embargo, la Comisión Warnock no había introducido el término "pre-embrión" para indicar el período comprendido entre la fecundación y el día 14º de desarrollo: este hecho había suscitado la réplica de la embrióloga Anne McLaren. Como ella misma declaró en 1986 - a modo de conclusión de la labor de la Comisión Warnock - a la revista *Nature*, al final de la primera reunión, la Comisión "había decidido aplicar el término 'embrión' a todos los estadios desde la fertilización en adelante". Frente a esta decisión, tomada además en su ausencia, McLaren insistió en que, para referirse a esta fase del desarrollo - comprendida entre la fecundación y el día 14º - sería mejor utilizar el término *pre-embrión*. Y agregaba, en otro artículo, a este respecto: "para los mamíferos es preferible el uso del término *pre-embrión* o *concebido* para el producto del ovocito fecundado hasta el final de la implantación (14

días después de la ovulación en la especie humana) y de *embrión* para aquella pequeña parte del pre-embrión o concebido de la cual parece distinguible la línea primitiva y que se desarrolla después en feto”.

Del mismo modo, la Comisión Palacios ha dado su consentimiento al recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida homóloga y heteróloga y a la experimentación sobre el embrión hasta el día 14º de la fecundación. La posibilidad de experimentar con los embriones humanos hasta el día 14º de la fecundación se apoya – según la Comisión Palacios – en la consideración de que el embrión humano no tiene un status biológico y jurídico equivalente al de los sujetos ya nacidos.

Uno de los argumentos más debatidos de la Comisión Palacios ha sido el de dar la posibilidad de acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida a la mujer sola, aunque no estéril. La mayoría de la Comisión se expresó a favor, aun a la luz de algunos principios expresados en la Constitución española, introduciendo así ulteriores elementos de dificultad para el eventual niño por nacer.

b. El enfoque “centrado en el bebé” Una tentativa de protección del embrión

humano – la verdadera protección debería conducir a la prohibición del recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida – se puede hallar en los Informes de la Comisión Santosuosso y de la Comisión Benda.

El hijo puede ser considerado en cuanto ya nacido o bien en cuanto todavía no nacido. Bajo el primer perfil, el aspecto que evidencia la actitud de fondo considera las modalidades de acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida, que excluyen a las parejas convivientes y a las mujeres solteras o viudas, privilegiando a los cónyuges vivos. En cuanto al concebido todavía no nacido, se ha replanteado – en el seno del debate – la cuestión de su reconocimiento como individuo humano y como hijo. Se trata de una cuestión, surgida ya en tiempos de la legalización del aborto, pero que se replantea de un modo nuevo y más peligroso en el tema de la reproducción artificial extracorpórea. En efecto, todas las leyes europeas sobre el aborto voluntario parecen fundarse más en la particularidad del embarazo que en la negación de la identidad humana del concebido y dejan traslucir de modos diversos una débil preferencia por el nacimiento. Cuando, por el contrario, se proyecta fabricar un embrión humano *in vitro* y deben establecerse las

condiciones antes y después de la fecundación, es imposible apelar a la situación particular dada del embarazo o a la voluntad de abolir el aborto clandestino: lo que se impone a la conciencia del legislador y de la opinión pública es la cuestión de la identidad del embrión humano. Para el ser humano fecundado *in vitro*, no hay un "puesto" en el seno materno, ni se puede reconocer una situación particular, que haga aparecer concretamente "imposible" la prosecución del embarazo o, al menos que no merezca la pena, un aborto ya de por sí cargado de consecuencias penosas. Por estas razones, la cuestión de la identidad del embrión es central cuando se trata de regular por ley el acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida.

De la lectura de la primera sección del Informe Santosuosso surge que los criterios de orientación son el respeto del derecho a la vida y a la salud y del derecho a una familia estable. La vida humana, considerada un proyecto continuo desde la concepción y no instrumentalizable para ningún fin, debe gozar - aun en el período prenatal - de los mismos privilegios de la persona adulta. Por esto, la prohibición de la experimentación sobre los embriones humanos (a menos que esté destinada al bienestar del embrión

mismo en el cual se efectúa), y de suprimir los embriones humanos "supernumerarios". Se reconoce, además, al niño por nacer el derecho a nacer y a crecer en una familia que lo ayude en su desarrollo físico y psíquico, de manera que el acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida es consentido sólo a los cónyuges y es vedado a las parejas convivientes, a los homosexuales y a las mujeres solas; la familia biológica debe coincidir con la familia social y, cuando esto no sea realizable y se recurra a la reproducción asistida heteróloga, se pide considerar "madre" a la mujer que ha dado a luz al bebé y "padre" al marido de la mujer inseminada o sometida a la transferencia de embriones después de una fecundación extracorpórea.

Para la Comisión Benda, el embrión humano es, declaradamente, vida individual humana desde la fecundación: por lo tanto, requiere de una adecuada protección jurídica y no puede ser objeto de manipulación. La duda de que el embrión pueda ser considerado individuo humano antes de transcurridos 14 días de la fecundación no justifica - según el Informe Benda - su uso en la experimentación, a menos que ésta sea efectuada con fines diagnósticos y terapéuticos para el bienestar del embrión. Además, se

consiente el acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida en la medida en que se respeten algunas condiciones que aseguren la supervivencia del embrión y un crecimiento armónico después del nacimiento. De aquí se desprende, el consenso para la fecundación *in vitro* sólo de los ovocitos que serán transferidos a los órganos genitales de la mujer, con el fin de evitar los embriones "supernumerarios" y el congelamiento (sino como hipótesis restante) y el uso preferencial de los gametos de la pareja que desea el embarazo y la prohibición de la maternidad subrogada.

3. La confrontación entre las varias leyes de los Estados europeos muestra - como también los diversos Informes - algunas convergencias y muchas divergencias, a veces marcadas. Analicemos los puntos esenciales con particular atención a la ley italiana n. 40 de 2004.

A. Puntos de convergencia

- **STATUS JURÍDICO DEL NACIDO.** Con el fin de proteger al niño por nacer se establece la equiparación jurídica del hijo engendrado por medio de técnicas de reproducción médicamente asistida con los bebés nacidos como consecuencia de una fecundación natural. El bebé es así hijo legítimo de la pareja casada o hijo natural reconocido de

la pareja conviviente o de las mujeres solteras que han solicitado y obtenido el uso de técnicas de reproducción médicamente asistida. El progenitor no "biológico", que ha prestado el consentimiento a la reproducción médicamente asistida, no puede desconocer la paternidad o la maternidad. En caso de recurrir a las técnicas de reproducción médicamente asistida heteróloga, los "donantes" de gametos no tienen - en general - relación alguna con el nacido y no tienen derecho a reivindicar la paternidad biológica propia; la ley austríaca precisa, además, que el donante no puede ser considerado de ninguna manera el padre del bebé, aunque a éste último le sea dada la posibilidad de conocerlo.

La ley italiana prohíbe la reproducción médicamente asistida heteróloga y establece que los hijos concebidos a través de estas técnicas en su sola forma homóloga tienen el status de hijos legítimos en el ámbito de la pareja casada y el status de hijos reconocidos en el ámbito de la pareja de convivientes (art. 8). A diferencia de lo previsto por la generación natural en la cual ocurre un acto de reconocimiento del hijo, se establece un automatismo de la filiación "natural": no hay necesidad de un acto de reconocimiento posterior a la concepción, ya que la relación de filiación con las

obligaciones relativas nace del consentimiento a la reproducción médicamente asistida. En el caso en que se desatienda la prohibición de la reproducción médicamente asistida heteróloga, el cónyuge o el conviviente no puede ejercer la acción de desconocimiento de la paternidad si la ha dado antes y el donante de gametos no adquiere ningún vínculo de tipo familiar con el bebé y no puede hacer valer en sus confrontaciones ni derechos, ni obligaciones (art. 9). Se prevé, además, que la madre del bebé concebido a partir de la aplicación de técnicas de "reproducción médicamente asistida" no puede declarar la voluntad de no ser designada como tal en el momento del parto, prevaleciendo, aun en este caso, la protección del niño por nacer.

- **EL CONSENTIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS.** El consentimiento a los procedimientos debe ser siempre dado en forma escrita, después de una adecuada información sobre los riesgos y las consecuencias de recurrir a las técnicas de reproducción médicamente asistida. La ley francesa y la austríaca exigen que el documento sea redactado con intervención de un notario o de un juez. La ley italiana reglamenta el consentimiento informado para los procedimientos en el artículo 6, previendo

que para tal fin la pareja sea informada "de manera detallada" sobre los siguientes puntos: "sus métodos, sus problemas bioéticos y los posibles efectos colaterales sanitarios y psicológicos consiguientes a la aplicación de las técnicas mismas, sobre las probabilidades de éxito y los riesgos, no sólo sobre las consecuencias jurídicas relativas para la mujer, para el hombre y para el niño por nacer [...] A la pareja le deben ser presupuestados con claridad los costos económicos del procedimiento completo cuando se trate de estructuras privadas autorizadas". Una buena consulta puede representar, además, no sólo la ocasión para adquirir conocimientos, sino también para cuestionarse las propias opciones de paternidad. Es por esta razón que siempre en el art. 6, párrafo 1, la ley establece que: "se le debe plantear a la pareja la posibilidad de recurrir a procedimientos de adopción y de filiación como alternativa a la reproducción médicamente asistida". Así, previendo que los que actúan en los centros de reproducción médicamente asistida puedan tener dificultad en examinar y proponer caminos alternativos, la ley extiende las obligaciones ya previstas para los consultores familiares.

- **NO COMERCIABILIDAD DEL CUERPO HUMANO Y DE SUS PARTES.** Gametos, embriones,

gestación e intermediaciones relativas no pueden ser objeto de contratos que comprendan una retribución económica. La ley italiana prevé la prohibición de comercialización de gametos y embriones y de la maternidad subrogada (art. 12, párrafo 6).

- **PROHIBICIÓN DE PRODUCCIÓN DE HÍBRIDOS O QUIMERAS.** La prohibición tiene en cuenta la formación de complejos celulares debidos a la unión de células totipotentes provenientes de dos cigotos de la misma especie o de especie diversa (quimera) y la fecundación entre especies o bien el encuentro de gametos humanos con gametos animales con la consiguiente producción de híbridos. Con una única excepción para Gran Bretaña, que – aun prohibiendo en línea general la fecundación interespecie – admite, finalmente, la posibilidad previa autorización. La ley italiana prohíbe explícitamente la producción tanto de quimeras como de híbridos (art. 13, párrafo 3d).
- **TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA HOMÓLOGA.** Se consienten en todas las leyes europeas con algunas diferencias en lo que respecta a la modalidad de acceso y de ejecución. La ley italiana precisa que “el recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida es consentido sólo cuando esté verificada la imposibili-

dad de eliminar de otro modo las causas que impiden la procreación y está comúnmente circunscrito a los casos de esterilidad y de infertilidad inexplicada documentados por certificado médico y no sólo a los casos de esterilidad o de infertilidad con causa atestada y certificada por testimonio médico” (art. 4, párrafo 1). Se solicita, pues, una aproximación gradual a las técnicas de reproducción médicamente asistida, que se encuentra también en las indicaciones de los criterios para escoger la técnica más adecuada: “Las técnicas de reproducción médicamente asistida son aplicadas sobre la base de los siguientes principios: a. la gradualidad, con el fin de evitar recurrir a intervenciones que tengan un grado de invasividad técnica y psicológica muy gravoso para los destinatarios, inspirándose en el principio de la menor invasividad...” (art. 4, párrafo 2).

- **MADRE PORTADORA Y MATERNIDAD SUBROGADA.** La primera hipótesis considera la situación en la cual una mujer (pariente, amiga o extraña) se pone a disposición para la transferencia a su útero de un embrión producido *in vitro* con los gametos de la pareja (solicitante o comitente). Se habla en estos casos también de “préstamo” o de “alquiler” de útero. La segunda hipótesis considera la situación en que

una mujer pone a disposición ya sea los ovocitos, ya sea el útero y, después del embarazo y el parto, se compromete a entregar al recién nacido a los terceros que lo han "encargado". Estas formas de "maternidad en comisión" están generalmente prohibidas; España - además de prohibir los contratos de subrogación- establece incluso su nulidad; Gran Bretaña se limita, por el contrario, a negar la validez a dichos contratos. La ley italiana prohíbe recurrir a la maternidad subrogada (art. 12, párrafo 6).

B. *Puntos de divergencia*

- ACCESO A LOS PROCEDIMIENTOS Y STATUS JURÍDICO DE LAS PAREJAS. Francia, Alemania, Austria, Dinamarca, Suecia, Noruega, Suiza e Italia consienten el acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida a las parejas casadas o convivientes de manera estable, sin perjuicio de exigir al menos una cierta duración de la convivencia. Sólo Gran Bretaña y España admiten el acceso a las mujeres solas. La ley italiana ha buscado salvaguardar el derecho del niño por nacer a la doble paternidad, indicando expresamente en el artículo 5 los requisitos exigidos a la pareja solicitante: "Quedando firme todo lo establecido por el artículo 4, párrafo 1, pueden acceder a las técnicas de reproducción

médicamente asistida parejas de mayores de edad de sexo diverso, casadas o convivientes, en edad potencialmente fértil, vivos ambos".

- REPRODUCCIÓN ARTIFICIAL POST-MORTEM. En lo que concierne al uso del semen después de la muerte del cónyuge con fines reproductivos y a solicitud de la viuda, Austria, Francia, Alemania, Noruega y Suecia se han pronunciado en sentido negativo. Es admitida sólo en Bélgica, Gran Bretaña y España, pero la ley inglesa excluye que la paternidad del progenitor difunto pueda ser reconocida, mientras la ley española reconoce la paternidad con la condición de que el marido o conviviente haya manifestado en vida el deseo de que la mujer o la compañera pudieran recurrir a las técnicas de reproducción artificial después de su muerte. La ley italiana, consintiendo el acceso a las técnicas de reproducción médicamente asistida a los cónyuges o convivientes vivos ambos (art. 5), excluye indirectamente el recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida post-mortem.
- TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA HETERÓLOGA. El recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida heteróloga es comúnmente admitido, pero con muchas diferencias - en el sentido de limitar el acce-

so - entre un Estado y otro. En primer lugar, es necesario hacer una distinción entre las técnicas de reproducción médicamente asistida intracorpórea y extracorpórea. En el primer caso, el uso del esperma de una persona extraña a la pareja es consentido en todas partes, pero en Alemania y Suiza es limitado a las parejas casadas y en Noruega no se puede recurrir a semen ajeno si no se ha hecho en primer lugar una inseminación artificial sin éxito con semen del marido. Más compleja es la disciplina de la reproducción médicamente asistida extracorpórea heteróloga. La ley sueca de 1988 prohíbe su utilización, con una disciplina diferente de la prevista para la reproducción médicamente asistida intracorpórea y motivada por la dificultad de controlar y de impedir esta última. Diferentes también son las previsiones en materia de "donación" de esperma, de ovocitos o de embriones: la reproducción médicamente asistida heteróloga está prohibida en Alemania en el segundo caso ("donación de óvulos o de embriones").

- EL ANONIMATO DEL DONANTE. Unida con la disciplina de la reproducción médicamente asistida "heteróloga" está la discusión sobre la conveniencia o no del anonimato del donante de gametos. Por un lado, se privilegia la serenidad psíquica del nacido por técnicas

de reproducción médicamente asistida heterólogas, que podría verse perturbada por el conocimiento de un progenitor biológico diverso del progenitor social; por otro lado, se afirma el derecho al conocimiento de los propios orígenes y se sostiene que el anonimato impuesto por ley sería el indicio de la mentira connatural al recurrir a donantes". Más allá de esta confrontación teórica aparece otra, sin embargo, de carácter completamente práctico que considera la actitud favorable o desfavorable a la reproducción médicamente asistida heteróloga. El anonimato, en efecto, garantiza al "donante" respecto de posibles y futuros gravámenes, mientras la afirmación del derecho de los hijos a conocer sus propios orígenes constituye una contra-ofensiva con respecto a la disponibilidad para ofrecer sus propios gametos a terceros y, por este motivo, puede de hecho limitar la posibilidad de recurrir a la reproducción médicamente asistida heteróloga.

El anonimato está excluido de las leyes austríaca y alemana. Suecia, España y Gran Bretaña prevén el acceso a registros nacionales que contengan los datos de los donantes; este acceso está subordinado en Francia a razones sanitarias. La ley noruega solicita el respeto taxativo del anonimato. La ley italiana prohíbe - como ya se dijo -

recurrir a las técnicas de reproducción médicamente asistida heteróloga.

- **DIAGNÓSTICO PREIMPLANTATORIO.** Está prohibido en Alemania y Suiza. La ley alemana de 1990 lo hace de modo implícito porque asimila el embrión a cualquier célula totipotente capaz de desarrollarse y condena a quienquiera que intervenga sobre un embrión con una intención diferente de la de asegurar la supervivencia. La ley suiza de 1998 prohíbe de modo explícito "la toma de una o más células sobre un embrión *in vitro* y su análisis". En Francia, el diagnóstico preimplantatorio es admitido de forma excepcional y debe ser autorizado: es posible sólo cuando la pareja tiene una fuerte probabilidad de engendrar un hijo afectado por una enfermedad genética grave y la enfermedad ha sido individualizada en uno de los progenitores. Se superpone a esto la orientación de las leyes danesa, española y británica. La ley italiana prevé la prohibición del recurso al diagnóstico preimplantatorio, consentido en las normas del Ministerio de Salud sólo en el aspecto morfológico pero no genético, con el fin de valorar la posibilidad del desarrollo sucesivo del embrión, una vez transferido a los órganos genitales de la mujer.
- **EXPERIMENTACIÓN SOBRE EMBRIONES.** Los Estados que tienen las normas más per-

misivas en materia de experimentación son Bélgica, España, Suecia y Gran Bretaña. España y Gran Bretaña aceptan, incluso, de modo explícito el concepto de "pre-embrión" para el período comprendido entre la fecundación y el día 14º de desarrollo y para admitir la experimentación sobre los embriones "supernumerarios"; Gran Bretaña y Bélgica consienten también la producción de embriones con el sólo fin de la experimentación. En el caso de embriones "sobrantes", la ley española, inglesa y belga piden el respeto de algunas condiciones: el consentimiento de los progenitores; la finalidad indicada en la ley; el sistema de autorizaciones. Austria, Alemania y Suiza prohíben, por el contrario, la experimentación embrionaria. La prohibición de la investigación sobre el embrión constituye el fundamento de la ley alemana que castiga a "cualquiera que utilice un embrión humano con una intención diferente de la de asegurarle la supervivencia". En Suiza, la prohibición surge de la combinación de la prohibición de generar embriones con una intención diferente de la de dar comienzo a un embarazo y de la prohibición de donar embriones. De hecho, también la ley danesa limita mucho la experimentación si bien la declara posible en los primeros días de desarrollo. En realidad, la prohibición de generar embrio-

nes "sobrantes" y la ratificación - en el ámbito europeo - de la llamada "Convención de Oviedo" que prohíbe la producción de embriones con fines investigativos, volverían bien difícil la práctica de la experimentación sobre los embriones *in vitro*.

La ley italiana prohíbe cualquier experimentación sobre un embrión humano (art. 13, párrafo 1), no solamente la supresión de embriones (art. 14, párrafo 1) como consecuencia de la tentativa de protección de los derechos e intereses del concebido. La investigación clínica y experimental se consiente con la condición de que "se persiga una finalidad exclusivamente terapéutica y diagnóstica tendiente a la protección de la salud y al desarrollo del embrión mismo, y cuando no estén disponibles metodologías alternativas" (art. 13, párrafo 2). Esto es lo que se contempla también en la ley francesa que, prohibiendo en línea general la experimentación sobre embriones, la consiente sólo en casos excepcionales y previo consentimiento de la pareja, con una finalidad terapéutica y con la condición de que no cause daño al embrión.

Siempre en relación con la experimentación, la ley italiana contempla la prohibición de "producir embriones humanos con fines de investigación o de experimentación o con cualquier otro fin diverso del previsto por la

presente ley" (art. 13, párrafo 3a), de "intervenciones de clonación mediante transferencia de núcleo o de escisión precoz del embrión o de ectogénesis ya sea con fines procreativos como con fines de investigación" (art. 13, párrafo 3c) y de "la fecundación de un gameto humano con un gameto de especie diversa y la producción de híbridos y quimeras" (art. 13, párrafo 3d).

- EMBRIONES SUPERNUMERARIOS Y CRIOCONSERVADOS. Las dos cuestiones están unidas - aunque no necesariamente - entre ellas. En efecto, la posibilidad de crioconservar embriones estimula la producción en número sobrante en vista de la utilización en ciclos sucesivos o en un embarazo diferido de la misma mujer, de su donación a terceros, de su utilización con fines experimentales, entre otras cosas. Pero es posible también prohibir la crioconservación y consentir, no obstante, la producción de embriones "sobrantes", de manera que los embriones no implantados inmediatamente sean destruidos o utilizados en la experimentación. Resulta en consecuencia que el único modo de evitar tales eliminaciones es limitar por ley el número de embriones producidos, o bien obtener tantos como se puedan transferir "razonablemente" en forma inmediata en el útero de la mujer.

Las decisiones tomadas en cada Estado en particular reflejan esta diversidad de enfoque. La ley suiza prohíbe la conservación de embriones sobrantes; la austríaca establece que pueden ser utilizados tantos ovocitos como sean científicamente juzgados necesarios para dar a la reproducción médicamente asistida perspectivas de éxito. Alemania y Noruega consienten la crioconservación solamente para salvar la vida del embrión cuando no sea posible la transferencia inmediata. Las leyes inglesas, española y sueca son más permisivas. Allí donde es admitida la crioconservación se establecen los plazos más allá de los cuales los embriones congelados deben ser destruidos (por ejemplo, 5 años en Francia y Gran Bretaña, 3 años en Noruega). Se agrega, además, que se admite generalmente el congelamiento del semen masculino, mientras que se prohíbe el de los ovocitos en Alemania, Noruega, España y Suecia.

La ley italiana prohíbe la producción de embriones "sobrantes" (art. 14, párrafo 2) y solicita que no se cree "un número de embriones superior al estrictamente necesario para un único y contemporáneo implante, o sea no superior a tres". Partiendo de que la expresión "un único y contemporáneo implante" está científicamente equivocada, ya que el acto del médico o del biólogo prevé la transfe-

ncia en el útero dejando que se verifique o no el implante en cada caso; corresponde subrayar que la búsqueda del número "tres" se alinea con lo previsto por las otras legislaciones, como, por ejemplo, la alemana.

La limitación del número de embriones producidos acarrea consecuencias a la prohibición (art. 14, párrafo 1) de la crioconservación, a menos que se advierta una dificultad en el momento de transferir los embriones producidos al útero de la mujer. Tal decisión tomada para evitar el peligro de muerte cierta replantea una cuestión que - como ya se dijo - está inevitablemente ligada a las técnicas de reproducción médicamente asistida extracorpórea: la posibilidad de que, una vez producidos y congelados, los embriones no sean utilizados para su transferencia al útero materno, pasando así a incrementar un pool de "material biológico" sobre el cual poder experimentar. Dicha hipótesis está ampliamente excluida en el art. 13, como ya se dijo.

- CLONACIÓN. Todas las leyes citadas prohíben la clonación humana, aun cuando el debate reciente sobre la producción de clones humanos para aislar células troncales ha introducido en cada país la distinción errónea entre clonación "terapéutica" y clonación "reproductiva". Y así, en algunos

países, se ha aceptado esta distinción y admitido la clonación con fines terapéuticos; en otros, rige la prohibición de cualquier forma de clonación humana con prescindencia del fin para el cual se la quiere realizar.

- **OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.** La posibilidad de suscitar una objeción de conciencia por parte de los operadores sanitarios por la participación en procedimientos destinados a la reproducción médicamente asistida está contemplada en la ley inglesa y en la ley italiana (art. 16). La objeción de conciencia está contemplada en el momento en que el recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida entra en aquella situación particular, reconocida en la ley, en la cual la obligatoriedad del derecho se retira frente a las razones del "tribunal interno" del hombre. Y allí donde la norma jurídica disciplina ámbitos ligados al origen de la vida, es justo que la conciencia encuentre su propio espacio de expresión.

4. Existen, todavía, muchos países - europeos y no europeos - que no han legislado en materia de reproducción médicamente asistida, aun cuando en muchos de ellos los Gobiernos han intervenido con decretos y circulares con el fin de indicar las condiciones higiénico-sanitarias requeridas para la utilización de estas

técnicas, que - en ausencia de una disciplina legislativa - aparecen, de cualquier modo, legitimadas. Las intervenciones ministeriales, no obstante, pueden dictar protocolos sanitarios sobre los requisitos para la recolección de los gametos y de los embriones y disciplinar el comportamiento de las estructuras sanitarias públicas, pero no pueden establecer reglas que sólo la ley puede imponer.

La ausencia de una ley, por otra parte, no parece indicar la voluntad de mantener una situación de desorden, sino, más bien, una inquietud de fondo: o bien, el esfuerzo de resolver - en una sociedad pluralista y frente a grandes intereses personales - los problemas éticos y jurídicos vinculados con el recurso a las técnicas de reproducción médicamente asistida. Esta inquietud se puede hallar también en los vericuetos de las diferencias entre las diversas leyes: en el esfuerzo de individualizar una línea de tendencia unitaria más allá de los puntos de convergencia, descritos más arriba, se podría tal vez notar el esfuerzo en pos de una reducción de los espacios de permisividad.

- Un primer síntoma de inquietud es la renuncia gradual a utilizar el equivocado concepto de "pre-embrión", que - introducido en las leyes inglesa y española bajo el impulso de sus informes respectivos [el Informe Warnock y el Informe Palacios] - fue a conti-

nuación abandonado tanto por las disposiciones nacionales como por la Convención de Bioética del Consejo de Europa y por las Resoluciones del Parlamento Europeo. Un camino en tal sentido se ha recorrido también en Suecia y está, actualmente, en curso en España.

- Un segundo síntoma de inquietud es que los dos modelos contrapuestos de legislación - el modelo centrado en los deseos de los adultos y el modelo centrado en los derechos del concebido - no son siempre coherentes ni en un sentido, ni en otro. Por ejemplo, es indicativa - en el ámbito de la opción permisiva - la prohibición de producir embriones con la finalidad de la investigación (por ejemplo, la ley española) y - en el ámbito opuesto - la prohibición de la reproducción médicamente asistida heteróloga solamente en lo que concierne a la donación de ovocitos (por ejemplo, la ley alemana). En efecto, si el embrión no se considera un individuo humano sino una "cosa" al punto de poder ser sometido a experimentaciones letales, no se ve por qué no podría ser producido con este fin específico, sobre todo cuando la experimentación se completaría con una ventaja terapéutica de terceros, o por qué motivo se prohíbe la comerciabilidad frente a su deliberada destrucción. Si, por el contrario, el pasaje

de la nada a la existencia del individuo humano coincide con la fecundación de un ovocito, el hecho de que tal evento sea sustraído del contexto que le es propio - es decir "el abrazo de amor" entre los cónyuges - para insertarse en una programación predispuesta por la racionalidad colectiva, allí debería estar el esfuerzo por evitar, al menos, aquellas opciones que pueden poner en riesgo su vida física y el futuro desarrollo psíquico.

- Un tercer síntoma de inquietud es la prohibición del diagnóstico preimplantatorio y de la selección entre sano y enfermo, entre sexo masculino y femenino. Se pronuncia en tal sentido - además de la ley italiana - también la ley alemana que, dedicando una particular atención a la vida del concebido, rechaza cualquier tipo de discriminación.
- Un cuarto, y último, síntoma de inquietud es la presencia de numerosos embriones "sobrantes": pero es una inquietud que logra difícilmente alcanzar la única norma que puede contener la situación, es decir destinar al nacimiento todo embrión, aun artificialmente generado, prohibiendo el congelamiento de rutina y exigiendo la transferencia inmediata a los órganos genitales de la mujer. Una inquietud, que el Parlamento italiano

ha advertido y que ha llevado a la aprobación de una ley que es - bajo algunos aspectos - positiva.

La ley italiana no resuelve, con todo, la inquietud "de fondo" del recurso a las

técnicas de reproducción médicamente asistida: es decir, que un nuevo individuo humano sea fecundado fuera del organismo de la madre y de la relación conyugal de sus progenitores, exponiéndolo así a las perversas lógicas de la "producción".

METODOLOGÍA DE LA ÉTICA CLÍNICA Y ENFOQUE PERSONALISTA EN LAS DECISIONES MÉDICAS

18 de octubre de 2004.

Prof. Dr. Antonio G. Spagnolo

- Médico cirujano, con especialización en Cardiología; especializado en Medicina Legal y de Aseguraciones
- Licenciado en Filosofía
- Profesor asociado de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma.
- Investigador del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma
- Profesor Extraordinario de Ética de la Vida y de la Salud del Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria "Camillianum", Roma
- Profesor encargado de la Enseñanza de Bioética y Política, Instituto de Ciencias Religiosas, Pontificia Universidad Gregoriana
- Ex Director del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma
- Director Científico de los Cursos de Perfeccionamiento en Bioética y Profesor en el Doctorado de Investigación en Bioética del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma
- Experto en la Constitución y Procedimientos operativos de los Comités de Ética de Investigación
- Experto en Consejería de Bioética Clínica
- Presidente del Comité de Ética de la Dirección General de Sanidad Militar, Ministerio de Defensa, (Italia).
- Miembro correspondiente de la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano).
- Vicepresidente de la Sociedad Italiana para la Bioética y los Comités de Ética y Miembro de varios Comités de Ética

Palabras clave

- Ética clínica
- Bioética Personalista
- Decisión médica
- Consultor ético

RESUMEN

La postura Personalista constituye una perspectiva a la luz del cual se puede: 1) ubicar la consulta ética y la formación misma del consultor; 2) armonizar la especificidad del caso clínico con la visión integral de la persona y de sus valores; 3) dar "humanidad" a la decisión misma, es decir, evitar que ella solo represente la resolución de un conflicto y, propiciar, más bien, una decisión buena y justa para el paciente; 4) ayudar a encauzar la decisión dentro del ámbito de la responsabilidad de los operadores sanitarios.

Quisiera comenzar con una reflexión partiendo de un editorial que se publicó en *Lancet* hace algunos años a propósito de la conducta de la ética. En este editorial, en cierto momento, el editorialista llega a esta conclusión a partir de la cual yo quiero comenzar mi reflexión. "El médico que tiene que tomar una decisión, debe considerar solamente el mejor interés del paciente y no reparar en si hacer o no algo es éticamente inconveniente". A la luz de esta conclusión, parecería ser que existe una diversidad entre el mejor interés del paciente y lo éticamente conveniente. Por el contrario, considero que no existe tal contradicción, es decir, el interés del paciente se puede conjugar con una acción que sea éticamente conveniente.

De este modo, entramos en el campo de la ética clínica: la decisión tomada sobre la intervención del paciente. ¿Cuál es el significado de la ética clínica? Ante todo, debemos decir que hace ética clínica en sentido pleno solamente aquel que tiene que tomar la decisión, el operador sanitario, el médico, pues debe tomar las decisiones teniendo en cuenta, también, consideraciones de tipo ético. Hay otro aspecto de la ética clínica que implica la interpretación ética y el análisis de la decisión clínica. En este segundo sentido, también otras personas -como filósofos, teólogos, eticistas- participan en el modelar y evaluar críticamente las decisiones clínicas. Nunca se deben olvidar estos dos aspectos, el que realmente hace ética clínica, es decir el clínico que está frente al paciente, que debe tomar una decisión y el asesor ético. Aquel que es llamado a tomar una decisión tiene una responsabilidad mucho mayor que el asesor ético porque no puede abstenerse de tomar tal decisión o suspender su juicio. Cuando el médico debe tomar una decisión, el caso concreto no es una ejemplificación como otra de un principio, sino que es un resto existencial y personal de quien está involucrado. Una vez que se dejan de lado las argumentaciones, quien toma la decisión es quien debe convivir con ella, llevarla a cumplimiento y afrontarla en casos análogos en el futuro.

JUSTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN CLÍNICA

La decisión tomada por el operador sanitario no es una cuestión que puede resolverse en el ámbito privado entre el médico y el paciente, es una cuestión pública. Es decir, la decisión debe ser justificada tanto en relación con el paciente, sus familiares, como con los propios colegas y las autoridades.

Asimismo, se exige un mayor conocimiento sistemático y formal del análisis ético de cada caso particular por parte del médico que tiene que aprender cómo utilizar aquellos instrumentos y metodología propios de la Bioética. Las decisiones médicas tomadas no pueden ser improvisadas o intuitivas; con la ayuda del asesor o del comité ético estas decisiones deben ser ponderadas, aclaradas, analizadas en todos sus distintos aspectos, acerca de los valores implicados y las consecuencias a las cuales pueden llevar.

ROL DE LA ÉTICA EN LA DECISIÓN CLÍNICA

La ética clínica puede brindar una contribución muy importante, tanto para el médico que debe tomar la decisión como para el eticista clínico que puede colaborar, pero que queda en un plano distante de aquel que toma la decisión. A través de la ética clínica se tiene la posibilidad de dar un justo relieve a la emotividad. Muchas veces el aspecto emotivo emerge de la discusión de un caso por ejemplo,

cuando un niño nace por las técnicas de fecundación artificial o cuando un niño está sufriendo y se quiere interrumpir los medios de sostén.

Por ende, la ética clínica tiene que estar en condiciones de:

- distinguir el aspecto emotivo del aspecto concreto de la decisión
- ayudar a definir los términos que son usados
- identificar los principios éticos en juego
- aclarar los intereses en conflicto
- evaluar las diversas alternativas posibles
- justificar la decisión que se toma.

Todo este recorrido, enmarcado dentro del enfoque personalista, debe poder enmarcar la decisión en un coherente cuadro antropológico.

ENFOQUE PERSONALISTA EN LA BIOÉTICA CLÍNICA

De modo que el enfoque personalista se puede considerar en dos momentos en la ética clínica. Por un lado, en la metodología de examen de un caso clínico: la relación entre la teoría y la ética aplicada. Por otro lado, en los procedimientos de actuación de una consulta ética y en la formación y rol del asesor ético.

En cuanto al primer punto, en la relación entre la metodología y la ética aplicada, hay una división en dos grandes tipolo-

gías de enfoque a la ética clínica que deja entrever cómo la conclusión puede ser distinta según el punto de partida. Si se parte de una Bioética deductiva o de los principios, podríamos detenernos a aplicar, de modo concreto y circunstancial, los principios teóricos y las teorías. Entonces, en tales situaciones, el caso constituye sólo las circunstancias pero no aporta elementos verdaderamente sustanciales. En cambio, en el enfoque de la Bioética inductiva o de procedimientos, porque se retiene imposible el acuerdo sobre aquella que constituye "la sustancia", se parte del caso concreto como única cosa sustancial. De modo que el caso no representa sólo las circunstancias, sino que adquiere relevancia decisiva para los fines del juicio. Dos modalidades contrapuestas que deben estar equilibradas para aprovechar el aspecto positivo de estos dos enfoques.

Entonces la Bioética clínica debe ser un puente que una la ética teórica y la ética frente al paciente. En esta unión, se establece un ida y vuelta entre la teoría y la práctica. Por cierto, la teoría debe ser considerada un punto de partida para analizar el caso, mientras que el caso particular se puede remontar para repensar la teoría. Por tanto, ambas disciplinas, la bioética y la clínica, se enriquecen recíprocamente frente a un caso. Por una parte, uno se encuentra frente a un caso concreto, un paciente que tiene una historia, expectativas, sufrimientos, una de-

terminada situación familiar. El análisis de esta situación concreta afina el juicio valorativo. Por otra parte, la decisión en ese caso particular está enriquecida por la atención a los valores en juego y a los principios de referencia y esto puede valer para casos análogos (si vale para un caso en particular y no para casos similares, hay algo que no funciona).

Si tomamos como correctas estas consideraciones podemos decir que la ética clínica debe tener las siguientes características: a) una buena metodología para el examen de casos (identificar una buena metodología, no necesariamente una única metodología); b) una relación con una teoría ética que conjugue la unidad de algunos principios de fondo con la pluralidad de las diversas decisiones posibles; c) debe distinguir el plano objetivo de las consecuencias de la decisión en el plano subjetivo (evaluación y relevancia de las circunstancias).

Algunos autores, como por ejemplo Padre Salmazzi, han elaborado en un texto una serie de métodos. Justamente por la característica de la interdisciplinariedad, el enfoque a las problemáticas puede darse con diferentes modalidades, como ser, la filosofía, el derecho, la religión, la teología, la historia. No existe un único método, sino que hay diferentes metodologías; lo importante es que las metodologías sean coherentes y se enmarquen en el cuadro antropológico de referencia.

La Bioética clínica es un campo en el cual confluyen diversas disciplinas y, por lo tanto, se pueden utilizar diferentes métodos para explorar aspectos diversos de la caso en particular. El enfoque Personalista constituye la perspectiva a la luz del cual se aplican los diversos métodos que podrían ser utilizados para examinar un caso y tomar una decisión. Es también una metodología en el momento en el cual la referencia a la persona, al cuadro antropológico, representa el aspecto decisivo para llegar a la conclusión.

El enfoque Personalista puede darse en tres niveles: conocimiento del caso clínico (profundizar la situación en forma correcta), teorías y principios de referencia y síntesis evaluativa relacional (que incluye las circunstancias del caso concreto).

En el primer nivel, el buen conocimiento del caso supone la evaluación ética que debe apoyarse siempre sobre el mejor conocimiento posible del objeto a evaluar. Por lo tanto, implica la profundización científica del caso, la competencia, así como la interacción entre las distintas profesiones. No se acepta que un profesional examine solo el caso, a menos que haya realizado un currículum informativo donde haya considerado el aspecto científico, ético, filosófico. El eticista y el clínico están condenados a trabajar juntos y, desde sus diversas

perspectivas, dar una respuesta frente al caso particular.

El conocimiento de los valores éticos entraña comprender aquello que es correcto, en referencia a los contenidos y no solo en cuanto a procedimientos: una bioética procedimental no está en condiciones de iluminar plenamente las decisiones. En el enfoque Personalista, estos contenidos son clave: la presunción en favor de la vida humana como valor fundamental, la autonomía responsable (tal como señala Mons. Sgreccia, una autonomía que se despega de la responsabilidad es una autonomía a medias, vacía), la justicia social que implica solidaridad con los sujetos en particular (referido a los contenidos y no solo a procedimientos).

Este tercer nivel remite al conocimiento de las circunstancias personales y relacionales del caso concreto, sabemos bien que las circunstancias no pueden modificar el significado objetivo de la acción, sino que pueden agravarla o atenuarla.

Las circunstancias pueden complicar el caso, por ejemplo, en la presencia de complejos problemas afectivos y relacionales, en la divergencia de opiniones entre los operadores sanitarios (situaciones en donde no hay claras evidencias científicas), en el conflicto de intereses, en la desconfianza frente al sistema sanitario, por problemas referidos a la organización de los servicios.

EL EMERGER DE LA TEORÍA EN LA EVALUACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Entre todos los métodos de la ética clínica, quisiera detenerme en el método de la casuística, que fue revitalizado hace unos años particularmente por algunos estudios de autores norteamericanos. Albert Jonsen propuso en el libro *Ética clínica* un enfoque de tipo casuístico. Es un enfoque de tipo de procedimiento, porque el autor parte del concepto que es muy difícil ponerse de acuerdo sobre los principios, pero que en el caso concreto ese acuerdo es más sencillo. Reconoce que en un comité ético es difícil arribar a una conclusión cuando se trata el tema de los principios, en cambio, si se empieza a examinar el caso, es más fácil llegar a un acuerdo. Para ello, Jonsen incluso dio algunas indicaciones para enfrentar el caso.

Quisiera poner en evidencia algunas incongruencias con un método que parte de la idea de no hacer referencia a la teoría, sino que hace emerger a la teoría en el caso. Una de las situaciones descritas por el autor es la de una mujer afectada por esclerosis múltiple, que está en cama en su domicilio y requiere asistencia para todas las actividades cotidianas. Ante la presencia de dificultades respiratorias, es llevada a la guardia y no responde al tratamiento. Tiene fiebre alta, respiración superficial, los datos del laboratorio indican que se está frente a un síndrome respiratorio y el último exa-

men del neumonólogo diagnostica que la insuficiencia respiratoria es de carácter primario, es decir, interesa aquellas estructuras comprometidas en la respiración y que se han afectado por la patología de esclerosis múltiple (en la fase evolutiva de la enfermedad). Surge entonces la pregunta acerca si la paciente, con esta patología y en este estadio, una vez llevada a la guardia, debería ser entubada e internada en la unidad de terapia intensiva.

La respuesta a dicho interrogante puede llegar a un acuerdo tanto para el que parte de una perspectiva Personalista, que reconoce una situación terminal, por tanto, la reanimación y el sostén respiratorio implican un agravamiento terapéutico, como para otros que parten de una teoría distinta. Jonsen concluye "en la práctica contemporánea, muy a menudo se persigue el objetivo de prolongar la vida orgánica, que en falta de otra capacidad humana no lleva a beneficios a los pacientes". Su justificación, que también podemos justificar en una perspectiva Personalista de no reanimar, está marcada por esta frase que indica que alargar la vida orgánica no da beneficios al paciente. Hay, por tanto, una clara evidencia de que en esa circunstancia hay una distinción entre una vida orgánica y una vida de la persona.

Posteriormente, se alude a otro caso, el de una joven mujer con un diagnóstico

de feto anencefálico, detectado a través de una ecografía. La mujer se dirige a un hospital católico donde es internada. Allí solicita interrumpir el embarazo sobre la base de la malformación del feto que es incompatible con la vida. El comité ético de este hospital religioso es llamado a dar un parecer en el cual, remontándose a lo principios de la moral católica, reconoce que en ese caso se habría configurado un aborto y, por tanto, la intervención era ilícita.

La pregunta que se plantea Jonsen es la siguiente: la circunstancia del caso, es decir, un embarazo con una patología que lleva a muerte cierta del niño luego del nacimiento, ¿es una circunstancia que cambia la naturaleza del acto, del aborto? Jonsen afirma: "los datos del conocimiento seguro de la anencefalia hacen que sea distinto de un aborto usual". Agrega que "hay serias dudas sobre el hecho de que un feto en esta condición pueda ser considerado persona humana". Esta observación no fue aceptada por el comité. Se puso en evidencia la distinción que hizo anteriormente, es decir, parecería que en la teoría detrás de estos casos hay una vida del ser humano -orgánica- y una vida de la persona humana. Ambas conforman dos elipses que no son congruentes, el conjunto de los seres humanos parecería ser más extenso que el de las personas humanas. En la perspectiva Personalista, en cambio, es evidente que el ser humano coincide con la

persona humana. Por consiguiente, esas consideraciones teóricas de la premisa que Jonsen excluía como punto de partida de su metodología, emergen.

Otro caso muestra cómo una situación bastante grave que se verificó en nuestro policlínico puede tener una respuesta muy coherente con la perspectiva Personalista. Una mujer de treinta y nueve años que proviene del sur de Italia tiene un embarazo de veintiún semanas no compatible con la vida fuera del útero. Tiene una grave patología, una eclampsia, está internada en reanimación y tiene parámetros de un síndrome de coagulación intrabasal diseminado (una grave patología difundida desde las trompas que lleva a la muerte segura de la mujer embarazada dentro de muy poco tiempo). Por otra parte, no existe ninguna posibilidad, según los expertos, de que pueda prolongarse este embarazo para permitir al feto una vida autónoma. La única posibilidad que se tiene en esta circunstancia es interrumpir el mecanismo patológico que determina esta coagulación intrabasal diseminada, separar el feto de la mujer e "interrumpir" el embarazo. En una situación de este tipo se está frente a un aborto terapéutico. En la perspectiva Personalista, ese fin señalado del feto respeta la dignidad humana dado que el médico consultado decidió hacer una cesárea para poder quitar el feto del útero. Por tanto, no se recurre a un aborto sino a una cesárea, porque había

una indicación materna para la cesárea. Nació un feto de 200 gramos que fue bautizado con el nombre de Gabriel, quien murió porque su existencia no era compatible con la vida. Frente a una situación que no era posible, se muestra entonces una modalidad con una perspectiva diferente, donde se respeta la dignidad del feto y se distingue de aquel caso en donde se recurre a la muerte del feto a través del aborto.

COMPETENCIAS ESENCIALES PARA LA CONSULTA A LA PRÁXIS MÉDICA

La segunda parte constituye una reflexión del enfoque Personalista en los procedimientos de actuación del consultor ético. Muchos conocen el manual *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* elaborado por la Sociedad Americana de Bioética (de la cual forma parte Sister Taylor), que ha diseñado un programa de capacitación de los asesores éticos. Aquí las distintas modalidades en las cuales se puede formar al asesor ético remiten a la diversidad de enfoques. El asesor ético puede dar una indicación en forma autoritaria, "hay que hacer así", puede proponer una facilitación y recurrir a un acuerdo entre las divergencias, o bien, constituirse en un mediador, no intermediario, que debe poseer capacidades esenciales, ciertos conocimientos e identificar una metodología para encarar el caso.

Ya desde algunos años, muchos autores

afirman que hay que humanizar el asesoramiento ético y, por tanto, hay que ir al hospital, ir adonde está el paciente, hablar con la familia, con los involucrados en la toma de decisión. Es por esto que se sostiene que hay que ver al paciente para: humanizar el asesoramiento; generar una integración sociológica en el campo específico que permite relevar datos importantes que no pueden emerger en los papeles; favorecer la relación de información y tranquilidad entre el paciente y el consultor; contribuir a la formación médica, didáctica del paciente que evita abstracciones, perjuicios y riesgos de paternalismo.

Un último aspecto a considerar es precisamente el riesgo de caer en la trampa de identificar el deber del asesoramiento ético con la resolución del conflicto, es decir, buscar una metodología de tipo matemático y no tener, en cambio, el objetivo de buscar la decisión correcta y justa para el paciente. Esta tendencia actual es consecuencia directa del pluralismo, de la pérdida del consenso religioso y del multiculturalismo. De alguna manera, la ética normativa se va sustituyendo con la psicología, no se quiere tomar posición en los casos más difíciles y se evita el tener que ejercer el juicio. Esto sería el inicio del fin de la ética como búsqueda formal de lo que es bueno y correcto en las acciones humanas.

Por lo tanto, la ética clínica tiene un sentido cuando los operadores sanitarios

tienen un amplio margen de responsabilidad. Cuanto más responsabilidad se quita, la ética pierde razón de ser. Esta responsabilidad, lamentablemente, se va restringiendo cada vez más. Por ejemplo, cuando se lleva al extremo el principio de autonomía del paciente, el médico se limita a hacer lo que el paciente le solicita, incluso con indicaciones que le dio anteriormente, cuando el paciente pierde su capacidad de hacerlo. Por otro lado, esta responsabilidad también puede atenuarse con el predominio de las consideraciones de eficiencia en nombre de un justo aprovechamiento de los recursos. La práctica de la medicina parece erosionar el fundamento de la Bioética clínica. Desear el enfoque Personalista en la Bioética clínica significa repensar de manera personalista la práctica misma de la Medicina. Por consiguiente, la metodología Personalista de la ética clínica puede ayudar a repensar y dar un significado más humano a la Medicina misma.

BIOÉTICA PERSONALISTA Y CONSIDERACIONES RESPECTO DEL FINAL DE LA VIDA

19 de octubre de 2004.

S.E.R. Mons. Elio Sgreccia

- Laureado en Filosofía y Letras por la Universidad de Bologna.
- En 1994 fue nombrado Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida.
- Es Director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma) y Profesor ordinario de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la misma Universidad.
- Fue el responsable de comenzar con la enseñanza de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, (Roma).
- Ha sido y es miembro de numerosos Comités de Bioética tanto en Italia como en el exterior. Asimismo, es miembro de la Comisión Nacional de Bioética de Italia.
- Es miembro del Pontificio Consejo para la Familia y del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- Es Director de la revista *Medicina e Morale*.
- Además del *Manual de Bioética* –en dos volúmenes, traducido a diversas lenguas (español, portugués, francés y ruso) con tres ediciones y numerosas rediciones– es autor, coautor y editor de numerosas obras relacionadas con la pastoral sanitaria, la ética médica y la familia.
- Cabe destacar entre sus publicaciones más recientes la colección "Scienza Medicina Etica" de la editorial *Vita e Pensiero* y de la colección de la Pontificia Academia para la Vida.

Palabras clave

- Principio vital único
- Dignidad humana
- Personalismo
- Muerte
- Vida humana
- Persona

RESUMEN

Este es un tema muy vasto así que intentaré tocar los puntos esenciales, conociendo que hay otras relaciones que se centran sobre la asistencia al moribundo. En la actualidad, son recurrentes las menciones referentes a dignidad de la persona y la muerte digna. La relevancia del tema, con relación a la eutanasia y a los otros problemas bioéticos que se encuentran en la asistencia al moribundo, es fácil de imaginar.

La "dignidad del Hombre (varón y mujer)" es una afirmación que hoy tiene diversos significados. Por eso, se puede sostener que estamos viviendo en la llamada nueva Babel. En la primera Babel, los Hombrres no se comprendían porque para llamar las mismas cosas usaban vocablos diversos, de ahí la confusión. Ahora, en cambio, para entender significados diversos, y tal vez opuestos, se usan las mismas palabras. Una de estas palabras es la "dignidad del Hombre", dado que la expresión "la muerte digna" es utilizada por quienes están en favor de la eutanasia como por quienes se refieren al Concilio Vaticano II. Por consiguiente, es necesario reflexionar dónde está el fundamento de la dignidad del Hombre, de la persona humana. Es fácil responder que la dignidad de nuestra vida deriva del hecho que tenemos un espíritu, un alma espiritual que nos distingue de los otros

seres vivientes de la biosfera. Cabe reflexionar entonces cuál es el tipo de unión entre el alma espiritual y nuestro cuerpo.

La concepción Personalista insiste no solamente en el hecho de que el Hombre es cuerpo y espíritu, sino también que el espíritu está unido al cuerpo de una manera especial, con un fuerte vínculo. Hay dos tipos de unión entre alma y cuerpo. Uno, en el plano de la esencia, porque el alma espiritual es el principio estructural que forma el cuerpo, lo hace cuerpo humano en todas sus partes. Por otro lado, la unión consiste también en un vínculo existencial dado que el cuerpo no tiene un acto existencial propio, sino -en la visión que tenemos de la filosofía Personalista, desde Aristóteles y Santo Tomás de Aquino como de San Alberto Magno y los Personalistas modernos- el cuerpo vive por el acto existencial que es conferido por el espíritu o alma espiritual. Es decir, el cuerpo no tiene una existencia propia, la existencia es dada por el acto existencial mismo del alma espiritual. A su vez, el alma recibe su existencia del acto mismo de Dios creador. Es una existencia infinitamente distinta del Creador, una existencia singular que no sólo es el principio vital del alma misma sino que es el principio vital del cuerpo.

Entre cuerpo y alma espiritual hay una unidad energética e informacional. El alma espiritual hace del cuerpo una unidad

humana, donde las partes viven en la unidad del organismo humano; es humanizado porque la estructura es conferida por la forma del alma espiritual (según el lenguaje aristotélico). La existencia misma del cuerpo es efecto directo del acto existencial del alma. Tenemos una sola existencia en donde el alma anima el cuerpo mismo. Este es un punto crucial de la visión Personalista. El yo es único, une en sí mismo, existencial y esencialmente cuerpo y alma, conforma la unidad de la persona. No es una unidad accidental ni la fusión de dos sustancias diversas, sino una vinculación esencial y existencial.

CONSECUENCIAS DE LA UNIDAD CUERPO-ALMA ESPIRITUAL EN LA VISIÓN PERSONALISTA

Este hecho comporta diversas consecuencias en la visión Personalista. La primera consecuencia tiene que ver con el cuerpo mismo, con la corporeidad. Ésta constituye un organismo unido por un principio vital único. Es típico del organismo que las partes vivan en función de la unidad con un yo espiritual. El organismo está vivo (este hecho es relevante a la hora de definir cuándo se verifica la muerte) hasta el momento en que hay una unidad, un principio vital único. Entonces, el principio vital del espíritu está presente hasta el momento en que hay una unidad organísmica. No hay, según

la concepción de Santo Tomás y San Alberto, tres principios vitales en el Hombre (vegetativo, sensitivo y espiritual); hay un único principio vital que es espiritual y resume en sí mismo la actividad vegetativa, sensitiva y animal de todo el organismo. Por eso, el enfermo en estado vegetativo persistente que manifiesta una vida vegetativa es un organismo vivo, porque en el Hombre, no hay principios vitales separados. Si hay vida organísmica, hay presencia del único principio que resume en sí mismo la actividad vegetativa, sensitiva y espiritual. En el enfermo vegetativo, las actividades sensitiva y espiritual no son posibles ya que hay un impedimento traumático, pero hay un principio vital único porque hay una unidad vital entre las partes individuales. Esta es la consecuencia de la unidad espiritual corpórea sobre la unidad misma del organismo humano.

La corporeidad recibe también otra contribución sustancial, porque el cuerpo es espiritualizado, tiene una animación espiritual, deviene la epifanía del alma espiritual, del yo. Es manifestación y ocultamiento del misterio de la vida espiritual del Hombre. Se manifiesta y se esconde al mismo tiempo. Es una manifestación que significa la presencia de una vida más grande que la que se revela. Por tanto, en nuestro cuerpo se encuentra un principio vital que es más grande que sus manifestaciones. Éstas son manifestacio-

nes de una realidad más grande que lo anima, que es de naturaleza espiritual. La dignidad espiritual se extiende al cuerpo que tiene una dignidad que es elevada por la misma presencia del espíritu.

Cuando uno se acerca a un paciente es necesario tener presente que no es un organismo animal, sino que en ese organismo habita un principio vital de naturaleza espiritual, hay un espíritu que trasciende al cuerpo. Es más grande que lo que se ve y se toca y tiene una vitalidad que lo hace capaz de vivir en la eternidad. A través de la corporeidad humana debemos ver esta trascendencia. Es importante que el organismo no sea considerado como partes de una máquina, como la entendía Cartesio, sino como un cuerpo que es vivido por un alma espiritual. El cuerpo deviene, así, epifanía, principio encarnado en donde el espíritu humano lo sitúa en la historia y le confiere una identidad. Es un cuerpo animado, sustentado en la existencia por un principio que es más grande, el principio espiritual. Aquí se fundamenta la dignidad de la corporeidad humana.

Es igualmente necesario subrayar, como lo hace la *Evangelium Vitae*, que la vida física de la persona humana no es un absoluto en sí misma, siempre guarda relación, hasta el momento que está viva, con el alma que habita. Incluso la vida física se puede sacrificar por un principio moral que lo exige, como han hecho los

mártires; cuando se trata de testimoniar y confirmar un valor espiritual amenazado, se puede exponer el cuerpo a la muerte. Es una valorización del cuerpo. Esta pobreza de la corporeidad humana que no tiene una existencia propia, la convierte, al mismo tiempo, en rica por la dignidad del espíritu. Es el espíritu que le confiere dignidad y puede exigir también el todo de la vida física. Esta superioridad del espíritu sobre la vida física, que la anima y la informa es un principio relevante de la moral en la consideración de la dignidad humana.

Otra consecuencia derivada de esta concepción unitaria del espíritu y cuerpo alude a la superioridad del Hombre respecto de otros vivientes. El Hombre es una criatura que tiene una emergencia, según el vocablo de Popper, es la emergencia del espíritu. En referencia al n. 14 de *Gaudium et Spes* "en la unidad del cuerpo y el alma el hombre, por su misma condición corporal, es una síntesis del universo material, el cual alcanza por medio del hombre su más alta cima y alcanza la voz para la libre alabanza del Creador. No debe, por tanto, despreciar la vida corporal, sino por el contrario debe tener por bueno y honrar a su propio cuerpo, como criatura de Dios que ha de resucitar en el último día". Esta superioridad representativa del Hombre sobre la creación recibe ciertamente una consolidación en la visión de la fe, movida por la

verdad de la creación, verdad de fe y de razón. Pero también para quien concibe el Hombre en la perspectiva de la sola razón, laicalmente, el alma espiritual que funda dignidad en el mismo cuerpo, permite reflexionar sobre la emergencia de la persona humana sobre el universo entero. Tal como afirma el Concilio, "no se equivoca el hombre al afirmar su superioridad sobre el universo material y al considerarse no ya como partícula de la naturaleza y como elemento anónimo de la ciudad humana. Por su interioridad es, en efecto, superior al universo entero (GSIH). En forma sintética e incisiva, el documento conciliar dice que el Hombre es en la tierra la única criatura que Dios ha amado por sí misma. El texto conciliar afirma que el Hombre representa todo el universo, pero, a la vez, trasciende el universo, lo supera por la razón de su vida espiritual.

Este punto nos ayuda a evaluar ciertas corrientes reduccionistas en la visión del Hombre que tienen espacio hoy, también en el campo de la neurología, donde se identifica la vida espiritual del Hombre con lo neuronal (esta concepción está presente en la obra de Changeux, que ha sido presidente del Comité Nacional Francés en los años pasados). Este reduccionismo -que induce el pensamiento al cerebro y el conjunto del cuerpo humano a la organicidad y complejidad de la vida orgánica- es una manifestación re-

ductiva de la vida espiritual del intelecto, de la razón, de la libertad, de la conciencia, ya que no se puede reducir el Hombre al resultado de las neuronas y la vida orgánica. Así, ciertas corrientes del ecologismo actual, como las teorías de Peter Singer, hablan de los derechos de los animales y conciben el organismo humano simplemente distinto por la complejidad, pero no por la calidad. Es importante tener presente la distinción del Personalismo de estas formas de reduccionismos.

Otra consecuencia de la concepción Personalista de la relación estrecha y unitaria entre cuerpo y alma es el efecto sobre la actividad del Hombre. Ésta manifiesta el misterio que es el Hombre, la vida espiritual que palpita en nuestra vida, pero no traduce completamente la riqueza de la persona. Cada acción manifiesta pero, al mismo tiempo, no es equivalente ni exhaustiva de nuestro ser. Asimismo, el ser es más rico que nuestras actividades dado que éstas son momentáneas, transitorias e, incluso, pueden ser contradictorias. La libertad es el fruto más maduro de nuestra persona, sin embargo, la autonomía, la toma de conciencia y autodeterminación que la libertad confiere a nuestra persona no hacen a todo nuestro ser. Así como la fuente es más rica que el río que deriva de ella, comparativamente, la libertad es una facultad de nuestro espíritu, pero nuestro espíritu es

más rico. El acto libre se plantea en la riqueza del ser, que debe asumirse con responsabilidad, y es llamado a manifestar y a buscar su bien, su desarrollo y plenitud. Esto es importante para la vida moral.

De esta manera, el delito que puede perpetrar una persona con su libertad, no representa todo su ser. Si bien compromete a su ser, la persona puede, en el futuro, cumplir otros actos. El ser del espíritu es una fuerza, un acto existencial rico que se manifiesta en la persona adulta a través de su libertad, responsabilidad y su conciencia y es más rico que los actos particulares. Aquí la revelación nos ilumina con la noción de conflictividad que ha sido introducida por el pecado. La libertad humana puede ser alterada por este desorden esencial que desarmoniza al Hombre entre su libertad y responsabilidad o entre los instintos del Hombre y la exigencia del espíritu. La línea moral debe armonizar con la fuerza misma de la redención para alcanzar la plenitud de la vida que el Creador ha entendido donar a su criatura.

Dice el Concilio Vaticano II, en el n. 13 de *Gaudium et Spes*: "creado por Dios en la justicia, el hombre, sin embargo, por instigación del demonio en el propio exordio de la historia, abusó de la libertad, levantándose contra Dios y pretendiendo alcanzar su propio fin al margen de Dios. Conocieron a Dios, pero no le glorificaron como a Dios. Obscurecieron su estúpido

corazón y prefirieron servir a la criatura, no al Creador. Lo que la Revelación divina nos dice coincide con la experiencia. El hombre, en efecto, cuando examina su corazón, comprueba su inclinación al mal y se siente anegado por muchos males que no pueden tener origen en su santo Creador. Al negarse con frecuencia reconocer a Dios como su principio, rompe el hombre la debida subordinación a su fin último, y también toda su ordenación, tanto por lo que toca a su propia persona como a las relaciones con los demás y con el resto de la creación.

"Es esto lo que explica la división íntima del hombre. Toda la vida humana, la individual y la colectiva, se presenta como lucha, y por cierto dramática, entre el bien y el mal, entre la luz y las tinieblas. Mas todavía el hombre se nota incapaz de domeñar con eficacia por sí solo los ataques del mal, hasta el punto de sentirse como aherrojado entre cadenas. Pero el Señor vino en persona para liberar y vigorizar al hombre, renovándole interiormente (...)

"A la luz de esta revelación -concluye la GS13- la sublime vocación y la miseria profunda que el hombre experimenta, hayan simultáneamente su última explicación".

Es importante ver en este misterio del Hombre la presencia del mal y de la redención. El Hombre todavía -como ha

afirmado el Concilio de Trento- permanece una criatura superior a las otras criaturas del mundo, responsable de sí mismo y del mundo, honrado por la presencia del espíritu que ha sido creado a imagen de Dios.

La consecuencia de esta conclusión debe confrontarse también en la relación médico -paciente. Los dos son servidores de una misma grandeza: la dignidad de la persona, su grandeza, su majestad. Tanto el paciente, como el médico, son servidores de un valor común, presente en ambos y que debe ser respetado en sí mismo, objetivamente, por su valor. La postura de la relación paciente y médico o colaboradores que se deriva del Personalismo no es la misma que la del contractualismo. Éste último pone en relación dos individuos o sujetos que contratan, buscan llegar al punto de satisfacción recíproca sin un criterio objetivo, por lo que el mismo médico podría solucionar un problema de salud, de manera diversa según el enfermo con el cual contrata, porque establece una combinación de voluntades, un compromiso entre ambos. En cambio, para el Personalismo existe una dignidad presente en el enfermo, que es la misma que la del médico, que obliga a respetar, a buscar su plenitud, su destino único según su bien total y no permite ni al médico ni al paciente abusar sino que son llamados los dos al respeto. Se requiere un diálogo para conocer cuál es el bien en

esta condición, en esta terapia, para saber cuándo se debe interrumpir la intervención por el bien del paciente, así como escuchar al paciente que solicita no realizar un tratamiento, o bien, solicita realizar un tratamiento no viable. Por ende, el médico debe reclinar su responsabilidad para no comprometer su propia dignidad. Hay una dignidad que trasciende a ambos que implica un compromiso común para conseguir un bien objetivo y subjetivo al mismo tiempo.

Cabe considerar, en este punto, la utilización del concepto de autonomía, dado que ningún acto es libre si no procede de la conciencia y de la autodeterminación. En este sentido, la autonomía es indefectible: el acto moral es autónomo o no es acto moral. Pero éste tiene que asumir la responsabilidad de buscar el bien de sí mismo, el bien del ser que es donado, que tiene exigencias, prescindiendo de nuestra fragilidad e ignorancia. La justa autonomía de la razón práctica significa que el Hombre posee en él mismo la misma ley recibida por el Creador. Sin embargo, la autonomía de la razón no puede significar la creación, de parte de la misma razón, de los valores y de las normas morales. Por lo tanto, la obediencia a Dios no implica una heteronomía, como si la vida moral fuera sometida a la voluntad de una onnipotencia absoluta externa al Hombre y contraria a la afirmación de su libertad. En realidad, si heteronomía de la

moral significa negación de la autodeterminación del Hombre o imposición de normas extrañas a su bien, ella estaría en contradicción a la Revelación de la alianza y la encarnación del Redentor.

Semejante heteronomía no estaría, sin una forma de enajenación, contraria a la sabiduría divina y a la dignidad de la persona humana. En la ley de Dios, el Hombre no cumple una heteronomía, pero autónomamente descubre y acepta la valorización de sí mismo, su plenitud de bien. Esa es la verdadera autonomía del espíritu que es autodeterminada desde nuestro interior, conciente del valor y de la responsabilidad frente a las decisiones entre el bien y el mal.

LA MUERTE, MÁXIMO ENIGMA DE LA VIDA HUMANA

La consecuencia última, a la que estoy obligado a hacer una pequeña reflexión, es la muerte, el máximo enigma de la vida humana, como dice el n. 18 de *Gaudium et Spes*. ¿Qué es la muerte en la visión Personalista y cristiana? La muerte no es el final de la vida humana, la destrucción de toda la persona. La muerte dona el acceso a una vida que es más vida, a una vida superior que, hasta este punto, la misma razón -como ha afirmado en la antigüedad griega- manifiesta que el alma es inmortal, no se destruye con la muerte, sino que recibe una mayor

vitalidad. Esta verdad ha sido confirmada por la fe cristiana. Es una verdad de razón y de fe. Doblemente documentada, es una verdad sin la cual no se puede vivir ni morir con serenidad. Es necesario que este punto sea clarificado en la educación a nuestro pueblo sobre la concepción que nosotros portamos.

La muerte está escrita en nuestra persona porque el cuerpo no es inmortal, dado que constituye la parte frágil de nuestro yo. No obstante, no se debe comprender esta realidad como un destino que fracasa totalmente al Hombre, sino como un drama, porque la separación es un drama, así como experimentamos otros tipos de separaciones, de muerte en la vida. Este es el final de una separación total con el mundo material, pero el yo vive en su parte espiritual.

A menudo hablo, en la catequesis, sobre el tema de la muerte con los adolescentes, incluso con los niños, porque a partir de los cuatro años los niños interrogan sobre la muerte y piden una respuesta. En tanto, los psicólogos han confirmado que si el Hombre maduro no ha hecho la paz con el concepto de muerte, desarrolla neurosis, no está contento en el mundo, no tiene esperanza, paz ni armonía. Vive, entonces un conflicto radical, del cual no es siempre consciente. Cuando nuestros estudiantes de Medicina asisten al hospital no habiendo experimentado

en su familia nunca a la muerte de una persona cercana, se sienten turbados. Siempre dedico un rato de formación a este punto porque si el médico o la enfermera no han hecho la paz y alcanzado la aceptación del concepto de muerte y de la propia muerte, no son capaces de estar serenos frente al moribundo. Actúan, entonces, los mecanismos de defensa, la fuga, la agresión, la irritación porque no ha sido comprendido el misterio de la muerte.

La redención cristiana, que nos descubre el tesoro de la gracia, nos induce -como los padres de la Iglesia, San Basilio, San Gregorio- a jubilar frente a la muerte de una persona santa también llorando. Porque con la muerte misma se abre la conciencia a una vida más rica, más plena. El drama de la separación abre al acceso a la vida eterna. En la catequesis, yo les hacía una comparación a los niños muy sencilla, pero ilustrativa. Cuando tu estabas en el vientre de tu madre, -les decía- recibías todo de ella, el calor, la alimentación, la posibilidad de vivir, pero no podías ver el rostro de tu madre. No sabías que la vida por venir es más grande que la vida encerrada en el vientre de tu madre. En el nacimiento, a través del dolor, has sufrido una separación dolorosa, pero has encontrado una vida más grande, la vida en este mundo. Mientras nosotros estamos viviendo en la tierra, somos como el niño que está en el vien-

tre de su madre, que no ve el rostro de Dios, del cual recibe todo y espera su segundo nacimiento.

Entre los primeros cristianos, se llamaba a la muerte "nacimiento". Este nacimiento constituye una vida más grande, una plenitud de vida, si permitimos a Dios, por medio de Cristo, donarla. A través de la sacralidad del amor de la vida cristiana, debemos vencer la muerte hasta estar libres/vivos en nuestra conciencia, en nuestro pensamiento. Ahí nace la esperanza para que esta vida sea rica porque de aquí surge el deseo pastoral de permitir a otros el acceso a la plenitud de la vida. La moral Personalista y cristiana no es, como piensan algunos, una moral represiva, tampoco en la vida sexual, sino que es una moral que busca la plenitud de amor, de donación eterna. Por ejemplo, con ese donar la vida que implica la presencia de los hijos en la familia, se aspira a una búsqueda de plenitud, de amor, que a menudo supone algún sacrificio. La virtud de comprometer esta riqueza radica en que el bien que nos espera es mayor que la renuncia a una satisfacción momentánea o instintiva.

Estamos llamados a ver en la moral cristiana la moral de vida, de plenitud del amor. Esta victoria sobre la muerte, que emana de una concepción Personalista plenaria de la vida animada y sustentada por un espíritu que vive en cada uno de

nosotros, es el compromiso vital para los educadores. En una mentalidad y cultura de muerte, debemos mostrar una presentación de la vida verdadera y no simplemente como hecho organicista, una vida animada y dirigida por el espíritu, en el cual Dios se revela, se dona.

Quisiera también hacer una aclaración respecto de la definición de la muerte del individuo, ya que éste es un tema muy cuestionado. Si el espíritu está presente como principio único vital que unifica el cuerpo, que lo hace un organismo comunitario, la muerte interviene cuando el cuerpo deja de tener un principio vital único. La muerte es tal cuando el organismo carece de toda manifestación de un principio vital que lo une. ¿Cuáles son los criterios y las señales para aceptar que el organismo no tiene un principio vital único? Nuestros abuelos se fijaban en la cara, los ojos y la temperatura del cuerpo. Otros se guiaban por la palpitación del corazón. Actualmente, en los centros de reanimación, se cuenta con la posibilidad de constatar la muerte en la desintegración del cerebro, del encéfalo, que también es responsable de la respiración.

Como ha dicho el Papa en el discurso del 31 de agosto de 2000, se debe tener un criterio rigurosamente válido. Ahora, con los criterios neurológicos se puede acertar el momento en que el organismo pierde la animación unitaria. Hay oposi-

ción a este principio de muerte encefálica de quienes pretenden que sea suficiente la falta de conciencia y de contacto con el mundo exterior para proclamar la muerte. Así, los pacientes en estado vegetativo persistente serían declarados muertos. Para algunos, sería suficiente que el sujeto no tenga más conciencia para tratar con sus pares, para tomar decisiones. Por tanto, el enfermo mental no recuperable sería sujeto de eutanasia. Pero, para el Personalista, es necesario que el cuerpo, íntimamente unido al alma, esté totalmente separado de animación. Hay otros que no se contentan con este principio y solicitan constatar la muerte cardiológica y desintegradora y constatar que sea un cadáver. Esto impide, obviamente, el trasplante de órganos, pero no parece que sea necesario llegar a este punto para constatar la muerte de un individuo.

Esto toca, tangencialmente, el problema del sufrimiento y del dolor. Quisiera sintetizarlo en la visión Personalista, dado que al hablar de la muerte tenemos la puerta abierta a la esperanza en el dolor, a la conversión en el dolor y en el sufrimiento. Así nos enseña el Santo Padre en la *Salvifici Doloris*, cuando se refiere al dolor como signo de la fragilidad pero, a la vez, instrumento también de amor y de redención por la fuerza que nos ha dado Jesucristo y nos confiere el Espíritu Santo.

En esta exposición he intentado detener-

me en algunos de los aspectos necesarios y a tener presentes en la asistencia al moribundo, con referencia a la dignidad de la persona humana, a la dignidad de su cuerpo y de sus decisiones.

Soy conciente de la pobreza de esta ex-

posición, pero pienso que ha sido suficiente para invitar a cada uno de ustedes a no abandonar estos temas fuertes, ni en vuestra meditación personal ni en la exposición a otros -en especial, los jóvenes- porque es una verdad que es fuente de libertad y de esperanza.

ÉTICA AL FINAL DE LA VIDA. APLICACIÓN A PERSONAS EN ESTADO VEGETATIVO.

19 de octubre de 2004.

Prof. Dr. P. Maurizio Calipari

- Doctor en Teología Moral, con orientación en Bioética (Academia Alfonsiniana, Roma)
- Master en Bioética (Pontificio Instituto Juan Pablo II e Instituto de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma)
- Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano).
- Profesor Visitante de la Universidad Católica de Trujillo (Perú)
- Distinción honorífica del Ministerio de Salud de Lima (Perú)
- Colaborador del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma)
- Miembro del Comité Ético de los Hospitales Reunidos (Reggio Calabria, Italia) y miembro del Comité Ético del Hospital "Cristo Re" (Roma)

Palabras clave

- Estado vegetativo
- Proporcionalidad terapéutica
- Medios de soporte vital proporcionados / desproporcionados
- Medios de soporte vital ordinarios / extraordinarios
- Eutanasia
- Muerte

RESUMEN

En el presente trabajo, el autor presenta un análisis de las consideraciones a tener en cuenta frente a pacientes en estado vegetativo, utilizando el método triangular, es decir, partiendo del conocimiento del hecho científico, pasando por la realidad antropológica para, luego, llegar a conclusiones éticas que buscan guiar el actuar en estos casos. En este punto, propone la utilización del concepto de proporcionalidad / desproporcionalidad de un medio de soporte vital con relación a los datos médico-técnicos de cada caso y el de ordinarietà / extraordinarietà, con relación a los factores subjetivos en juego.

El que nos ocupa es un tema muy complejo por varias razones, ante todo, por cuestiones técnicas, médicas y, luego, morales. Presenta algunas características particulares: los datos científicos son aún parciales y están en continua evolución. Los conocimientos acerca de la condición clínica del estado vegetativo no están agotados. Enfrentar el argumento del tratamiento de las personas en estado vegetativo desde un punto de vista bioético supone nuclear los presupuestos antropológicos y los criterios éticos para alcanzar indicaciones normativas racionalmente fundadas.

¿Quién es la persona en estado vegetati-

vo? Esta es la pregunta clave. Cabe destacar, también, la necesidad de aclarar otro punto de tipo ético o moral: no es posible dar solución fundada en este enfoque bioético del estado vegetativo sin hablar de una teoría cierta sobre la proporcionalidad del tratamiento o cuidado.

En lo que concierne a la metodología, se hará referencia al triángulo hermenéutico que engloba tres niveles: el conocimiento de los datos científicos, la interpretación de tipo antropológico y, luego, ética, con los valores en juego en una determinada situación y la determinación de normas e indicaciones operativas. Este es un esquema para introducir el argumento.

LA PERSONA EN ESTADO VEGETATIVO: DATOS CIENTÍFICOS

Por tanto, el primer paso concierne al conocimiento del hecho científico. Dado que no se puede hacer un examen pormenorizado de todos los datos científicos, presento una breve síntesis tomada del documento final producido en el Congreso Internacional realizado en Roma en marzo pasado por la Pontificia Academia para la Vida junto con la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos (FIAMC). Estos datos parecen afirmaciones apodícticas, pero detrás de estas conclusiones hay una literatura científica extensa.

1. Una manera de definir el estado vegetativo como condición clínica refiere a:

- un estado de no respuesta, actualmente definido como una condición caracterizada por estado de vigilia, con ciclos alternativos de sueño y vigilia;
- una aparente ausencia de conciencia de sí y del ambiente que lo rodea (aparente porque es el resultado de lo que el observador externo puede ver y experimentar, dado que no tiene un real contacto con el paciente y no sabe lo que experimenta);
- la falta de respuestas comportamentales a los estímulos ambientales (no hay una conexión directa entre los estímulos y la respuesta del paciente);
- un mantenimiento de las funciones autónomas (por ejemplo, la respiración, la actividad cardíaca y otras funciones cerebrales).

2. Hay que distinguir muy claramente el estado vegetativo de otras condiciones clínicas o, tal vez, de la muerte directamente. La primera distinción es esta: el estado vegetativo es la condición patológica de un viviente, por ende, no coincide de ninguna manera con la muerte encefálica. También se diferencia de otras condiciones clínicas como el coma, el síndrome "locked-in" y el estado mínimo de conciencia, con los cuales mantiene sólo algunos aspectos similares. En tanto, el estado vegetativo tampoco puede ser

asimilado a la muerte cortical, pues los pacientes en estado vegetativo mantienen algunas islas funcionales (incluso muy amplias) del tejido cortical.

3. En general, el paciente en estado vegetativo no necesita de soportes tecnológicos para el mantenimiento de sus funciones vitales. Puede tener lugar otra patología derivada, una crisis respiratoria, pero no está directamente involucrada con la condición de estado vegetativo.

4. A la luz de estos datos vale subrayar que el paciente en estado vegetativo no puede ser considerado un enfermo terminal; en efecto, su condición puede permanecer estable por períodos muy prolongados de tiempo. La media de supervivencia de estos pacientes es de tres a cinco años.

5. El diagnóstico del estado vegetativo es muy complejo y, hasta hoy, es básicamente un diagnóstico de tipo clínico (de contacto directo con el paciente) que requiere una observación prolongada y atenta, efectuada por personal especializado y experto. Pero también está complementado por tecnologías desarrolladas que pueden ayudar al médico a abordar un diagnóstico más preciso. Esta complejidad requiere que quien diagnóstica esté altamente especializado en este campo, que posea una clara competencia para distinguirlo de otras patologías clínicas. Se necesita también la utilización

de instrumentos de valoración estandarizados, en un ambiente controlado. No es una novedad que las estadísticas en la literatura científica documentan muchos equívocos en el diagnóstico. Por esta razón se necesita emplear, en la medida de lo posible -dado que no siempre se tiene acceso-, todas las tecnologías modernas disponibles para confirmar el diagnóstico.

6. Las tecnologías modernas de diagnóstico por imágenes (*imaging*) permiten documentar -a través de una coloración particular- el flujo cerebral y mostrar cómo se mueve el metabolismo cerebral, para ver si las diferentes áreas del cerebro todavía funcionan o no. Como resultado de estos estudios, se ha podido demostrar la persistencia, en pacientes en estado vegetativo, de algunas funciones corticales y la recepción de algunos estímulos (entre ellos el dolor), los cuales no pueden ser elaborados por el paciente, quien tampoco puede atribuirles un significado. Incluso, ante la imposibilidad de conocer la cualidad subjetiva de tales percepciones, parecen posibles algunos procesos elementales discriminativos entre estímulos significativos y no significativos. Entonces, esto es una posibilidad; hay que tenerlo en cuenta. Es demasiado fácil y superficial concluir que el paciente en estado vegetativo nada entiende y nada siente. Hay que tener una actitud de máxima prudencia.

7. Al día de hoy, ningún método de in-

vestigación, por si solo, nos puede predecir, en cada caso concreto, qué paciente en estado vegetativo se recuperará y cuál no podrá hacerlo. Hay una posibilidad de prognosis, pero la prognosis es una previsión, no es una certeza y no se puede tomar una decisión crítica sobre una previsión, en particular, si se trata de decir "esta persona nunca va a poder recuperarse". Dentro de este cuadro, algunos concluyen que se puede interrumpir la administración de nutrición e hidratación artificial. Esto es sólo una previsión y hay casos concretos, que la literatura médica nos muestra, de personas que después de años se recuperaron, cuando la previsión había dicho lo contrario.

8. Hasta hoy, las valoraciones pronósticas, de tipo estadístico, sobre el estado vegetativo, se han obtenido a partir de estudios limitados en número de casos y duración de la observación. Es recomendable, por tanto, abandonar definitivamente el uso de términos desviantes, que pueden provocar equívocos, como "estado vegetativo permanente", limitándose a una descripción más objetiva de la condición del paciente, es decir, a la indicación de la causa y la duración del estado vegetativo. Este dato es objetivo y no indica nada con relación al futuro.

LA PERSONA EN ESTADO VEGETATIVO: CONSIDERACIONES ANTROPOLÓGICAS

Entonces, desde un punto de vista clínico, el paciente en estado vegetativo es una persona viviente, de allí que se puedan hacer consideraciones antropológicas.

Esta persona viviente está claramente en una condición patológica específica, de difícil interpretación. Pero, por estar viva, mantiene siempre su plena dignidad y el valor de todo ser humano viviente. No hay una diferencia *sustancial* entre una persona en estado vegetativo y otra persona en otro estado u otra condición patológica. Si se sostuviera lo contrario, debería concluirse que el valor y la dignidad de una persona depende de la condición de salud en la que se encuentre; pero, ¿quién puede decidir cuál es el valor de una persona en relación a qué condición clínica? Sería una postura de gran arbitrariedad y arrogancia.

Otra consideración antropológica es que es correcto y normal que la clínica médica busque términos descriptivos para indicar una particular condición, pero hay que tener mucho cuidado con los términos cuando se pasa de un nivel a otro indebidamente, incorrectamente. Por ejemplo, se describe este estado como "vegetativo", ¿qué significa vegetativo? Es un término de descripción clínica, un término simbólico (convencional y evocativo), que hace referencia claramente a una condición de viviente diferente, como puede ser el vegetal, porque parece que la persona en ese estado ya no ten-

ga posibilidad de expresar su mejor cualidad humana, como la relación con los otros, a través de la palabra, de la conciencia, de la reflexión explícita y demás. Pero el hecho de describir una condición a través de un término simbólico, no puede nunca llegar a determinar una diferente condición ontológica de la persona. Es decir, esto ya no es un Hombre porque se convirtió en un vegetal; ningún Hombre viviente se puede convertir en otro ser, es imposible un cambio así, ontológico y sustancial. Lo que determina nuestro ser es siempre lo mismo. La calidad de nuestro ser en sentido ontológico no está en la capacidad de expresar exteriormente o no la actividad interior. Por eso, no se puede pasar de la descripción convencional y evocativa de tipo teórica a un nivel de tipo ontológico. Una persona es siempre una persona, un ser humano, nunca un vegetal.

Hay un pequeño pasaje en el discurso que Juan Pablo II ofreció durante el Congreso Internacional al que me he referido, que extracta específicamente este problema: "(...) siento el deber de reafirmar con vigor que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias concretas de su vida. Un Hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un Hombre; jamás se convertirá

en un 'vegetal' o en un 'animal' " [1]

De aquí se derivan varias consecuencias. Si se trata siempre de una persona humana, en cuanto tal, tiene derecho a la tutela de sus derechos fundamentales y, principalmente, del primero de ellos, el derecho a la vida. Es la primer manera de respetar y valorar a esa persona.

Como derecho derivado está también el derecho a recibir las curas necesarias en esa condición clínica particular, al sustento (nutrición e hidratación, entre otras), a las tentativas de recuperación posibles, también a una adecuada asistencia socio-sanitaria, la cual va a impactar no sólo en el paciente si no también en su familia, en quienes lo cuidan. Esto, concretamente, hace referencia a ayuda eficaz, con relación a los numerosos problemas cotidianos que la familia de este tipo de pacientes deberá enfrentar.

El Papa ha sido muy consciente de este tipo de problemas; en su discurso dice: "Ante todo, es preciso sostener a las familias que han tenido a un ser querido afectado por esta terrible condición clínica. No se las puede dejar solas con su pesada carga humana, psicológica y económica. Aunque, por lo general, la asis-

tencia a estos pacientes no es particularmente costosa, la sociedad debe invertir recursos suficientes para la ayuda a este tipo de fragilidad, a través de la realización de oportunas iniciativas concretas como, por ejemplo, la creación de una extensa red de unidades de reanimación, con programas específicos de asistencia y rehabilitación, el apoyo económico y la asistencia a domicilio a las familias, cuando el paciente es trasladado a su casa al final de los programas de rehabilitación intensiva; la creación de centros de acogida para los casos de familias incapaces de afrontar el problema o para ofrecer períodos de "pausa" asistencial a las que corren el riesgo de agotamiento psicológico y moral" [2]. Este es un programa muy preciso y atento a la persona.

REFLEXIONES ÉTICAS DERIVADAS DE LAS CONSIDERACIONES ANTROPOLÓGICAS DEL HECHO CLÍNICO

En este punto, se trata de buscar y elaborar la valoración de la *justeza ética* -en italiano, *adeguatezza etica*, que indica la calidad del ser adecuado a una determinada situación- del uso de medios de soporte vital en enfermos en estado vegetativo. Para ello se debe buscar, ante todo, criterios generales, comunes incluso a

[1] Juan Pablo II, Discurso a los participantes del Congreso Internacional sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo: avances científicos y dilemas éticos" (Vaticano, 20 de marzo de 2004), n.3.

[2] Juan Pablo II, Discurso a los participantes del Congreso Internacional sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo: avances científicos y dilemas éticos" (Vaticano, 20 de marzo de 2004), n.6.

otras situaciones clínicas; en otras palabras, buscar una verdadera y apropiada teoría sobre la proporcionalidad de las curas es un paso necesario si queremos llegar a una conclusión fundada. Luego, hay que aplicar esa teoría más general a la peculiaridad del caso del estado vegetativo. ¿Cuáles son esas peculiaridades? Las siguientes: ¿qué medios de soporte vital son realmente requeridos para el mantenimiento del paciente? y ¿cuáles son las condiciones clínicas concretas del mismo paciente? Esto nos permite aplicar la teoría general en el caso específico.

Por lo que concierne a la valoración de la justeza ética del uso de un determinado medio de soporte vital, un primer punto es que no se trata, en general, de establecer la justeza ética de un medio técnico o natural de una cosa, porque una cosa no tiene sentido moral; lo que se busca es la valoración ética del uso, del empleo de esa cosa en la situación crítica particular y para un determinado paciente.

En segundo lugar, se trata de hacer un análisis de muchos elementos, algo nada simple: algunos elementos de tipo prevalentemente objetivo (factores médico-técnicos), que no están afectados de manera particular por la subjetividad del paciente -son los más medibles- y otros de tipo prevalentemente subjetivos, que pertenecen específicamente a la condición del paciente según su propio juicio,

según su experiencia personal (factores personales). Hay que tener a todos esos factores en consideración cuando se trata de la valoración ética.

Por eso, aquí incluyo una propuesta personal de cómo entender la proporcionalidad de las curas o los cuidados en general. Mi propuesta es la de reservar el concepto de proporcionalidad (*empleo proporcionado de un medio*) para utilizarlo, exclusivamente, desde el punto de vista técnico-médico. Es decir, en mi propuesta, el uso de un medio de soporte vital resulta proporcionado en la medida (y hasta el momento) en que se demuestra médicamente adecuado en dicha situación para alcanzar la finalidad que le es propia, sin causar daños o riesgos excesivos para la salud del paciente. Una posibilidad, entonces, es definir la proporcionalidad técnica del empleo de un medio así: *un medio es proporcionado hasta el momento en que se demuestra, fácticamente, capaz de alcanzar la finalidad que le es propia.*

Por otro lado, propongo el término más tradicional -también en la Teología Moral- de *empleo ordinario o extraordinario de un medio* de conservación de la vida, de soporte vital, como referido a los aspectos subjetivos, es decir, a los elementos que devienen substancialmente del juicio del paciente acerca del empleo de ese medio, los cuales difieren porque ca-

da persona reacciona de manera diferente.

No tengo aquí tiempo para profundizar, pero baste decir que cada uno de estos conceptos tiene criterios concretos para llegar a un juicio práctico. Al hablar de proporcionalidad, se necesita un índice de elementos que deben ser tomados en consideración para llegar a un juicio de proporcionalidad; no es un concepto genérico.

En referencia al concepto de ordinario y extraordinario, en mi propuesta, *el uso de un medio de soporte vital resulta "extraordinario" para el paciente, según su propio juicio prudente* (en sentido clásico, en lenguaje tomista), *en una determinada situación clínica, si comporta para él, al menos un elemento significativo* (no cualquier elemento) *de "extraordinariedad", a causa de cargas pesadas -esfuerzos excesivos, dolores incontrolables, costos insostenibles, fuerte miedo o repugnancia y otros elementos de este tipo, típicamente subjetivos, o sea, diferentes entre una persona y otra- que, eventualmente están relacionados con el uso del mismo medio.*

Por eso -introduciéndonos ya en las *conclusiones éticas*- el uso de un medio de soporte vital valorado como medicamento proporcionado (eficaz para lograr un objetivo médico preciso), deberá consi-

derarse moralmente *obligatorio* si no implica elementos de extraordinariedad para el paciente (ordinario). Esta es una teoría general, para todos los medios, sin referirnos a ninguno en particular. Diversamente, si implicara, al menos, un elemento significativo de extraordinariedad para el paciente, su uso resultará *facultativo* y la utilización dependerá de la libre elección del paciente.

Ahora, aplicaremos estos criterios al caso del estado vegetativo, en la peculiaridad del caso. Hemos visto que, hablando de intervenciones de soporte vital (en ausencia de ulteriores complicaciones clínicas), fundamentalmente, estamos hablando de la administración de alimentación e hidratación por vía artificial (ANH), porque el paciente en estado vegetativo no tiene la posibilidad de alimentarse e hidratarse autónomamente, por los daños que tiene en el sistema nervioso. Hay diferentes tecnologías para realizar una alimentación e hidratación artificial, unas más sencillas que otras, como la sonda naso-gástrica o la PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) en comparación con la nutrición parenteral total, que es mucho más invasiva para el paciente. En la mayoría de los casos, es suficiente una sonda naso-gástrica, aunque en el tiempo tiene problemas de continuidad, porque puede causar inconvenientes en las vías respiratorias y en el primer tramo del aparato digestivo. En estos casos, si está

la posibilidad técnica, la elección seguramente sería la PEG.

Entonces, se trata de evaluar la suministrar artificial de alimentación e hidratación. Antes que nada, de valorar su proporcionalidad técnico-médica, desde el punto de vista de su eficacia, es decir, según la finalidad que le es propia, nutrir e hidratar. Entonces, hasta el momento en el cual, este tipo de maniobras se muestran, desde un punto de vista técnico, capaces de nutrir e hidratar, estamos frente al empleo de medios proporcionales.

Ahora veamos el problema de la ordinaria y extraordinaria, es decir, nos movemos hacia el punto de vista del paciente. Aquí hay una situación bastante particular porque el paciente en estado vegetativo no puede expresarse y no sabemos si percibe en un sentido consciente. Esto es un problema de hecho. Pero es también un problema, por otro lado, que hace más sencillo el juicio porque no tenemos, desde un punto de vista ético, una voluntad expresada sino el resultado de nuestra observación. Entonces, habrá que verificar si hay elementos de extraordinaria para el paciente, un paciente que no puede elaborar ese juicio de manera comunicable.

La finalidad propia de la alimentación y la hidratación es el sustento orgánico de la persona y eso, en tanto que esté en grado de abastecer los elementos nutritivos necesarios sin causar daños significativos para la salud, se considerará médicamente proporcionado.

En estas condiciones, si su utilización no implica para el paciente elementos significativos de extraordinaria -o sea, excesivos pesos físicos, psicológicos o económicos- esto provocará la obligación ética de recurrir a él para salvaguardar el bien fundamental de la vida, ya que no tenemos que olvidar el bien en juego, un bien fundamental de la persona humana. El Papa, en su discurso, lo expresa así: "En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado y, como tal, moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia que, en este caso, consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos" [3].

En el caso en que el paciente experimen-

[3] Juan Pablo II, Discurso a los participantes del Congreso Internacional sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo: avances científicos y dilemas éticos" (Vaticano, 20 de marzo de 2004), n.4.

te un significativo factor extraordinario, sería facultativo para él recurrir a la alimentación y a la hidratación.

Por el contrario, si el uso de este método de soporte vital resultara "desproporcionado", o sea, ineficaz para alcanzar su propia finalidad, nutrir e hidratar -por ejemplo, llega un punto en que el organismo del paciente ya no es capaz de metabolizar ese alimento-, debería considerarse moralmente ilícito (ni siquiera, facultativo), desde el momento en que, sin aportar algún beneficio al sujeto interesado, implicaría, de todas formas, dispendio de recursos humanos, sanitarios y económicos.

Es distinto el problema de la ordinariadad, desde el punto de vista del paciente que, en este caso, no puede expresarse, no puede elaborar su juicio. Por supuesto que puede intervenir un legítimo representante del paciente, pero para que la tarea de este representante sea moralmente correcta no debe imponer al paciente su juicio, sino que tiene que ser representante del juicio del paciente. Su cómputo es un cómputo de sustitución en nombre del paciente, no en su nombre a favor del paciente. Representa la elección del paciente, si hay elección; si no hay elección, la única manera de evaluar esta situación es ver si hay evidentes ele-

mentos de extraordinariedad, pero siempre con relación estricta al paciente.

Esta es una cuestión fundamental: es muy diferente juzgar la justeza ética del empleo de un medio sobre un paciente cuya dignidad y valor no cambian, a juzgar el valor de la vida del paciente, de su condición clínica y, en referencia a esa valoración, juzgar si el empleo del medio es proporcionado o no. Esto es un pasaje indebido, que no se debe aceptar desde un punto de vista ético de ninguna manera. Es un equívoco grave de razonamiento. Ninguno puede juzgar el valor de la vida de nadie, menos de otra persona; tampoco de una persona que no puede expresarse. ¿Cómo puedo decidir yo por él sobre el valor de su vida, hasta el punto de decidir que "tú no tienes valor suficiente como para que nosotros continuemos alimentándote"; "te hacemos morir, privándote de la hidratación y alimentación, porque tu vida no tiene calidad suficiente según nuestra evaluación". Esto es de una arrogancia y arbitrariedad increíbles, un ejercicio de dominio sobre la vida de otros, incluso cuando la intención sentimental es buena porque "no se soporta verlo en esa situación". Es muy diferente, en cambio, juzgar *objetivamente* que un medio es desproporcionado o no o que, evidentemente, está implicando elementos de extraordinariedad para el paciente.

RESPONSABILIDAD: CONCEPTO EJE EN EL TEMA DE LA SALUD

Panel

Responsabilidad y Salud.

19 de octubre de 2004.

P. Dr. Fernando Chomali Garib

- Sacerdote de la Arquidiócesis de Santiago (Chile).
- Ingeniero Civil de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Doctor en Teología de la Pontificia Universidad Gregoriana.
- Master en Bioética de la Pontificia Universidad Lateranense
- Actualmente se desempeña como Profesor de la Facultad de Medicina y de Teología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) y del Seminario Pontificio Mayor de Santiago.
- Es miembro correspondiente de la Pontificia Academia para la Vida en la Ciudad del Vaticano y miembro de las Comisiones Doctrinal y de Bioética respectivamente de la Conferencia Episcopal de Chile. Desde hace varios años es miembro del Comité de Ética del Centro de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la PUC y del Hospital clínico de la misma universidad.
- Ha publicado numerosos artículos sobre temas vinculados a la Bioética en varias revistas y periódicos, de los cuales se destacan dos realizados con otros profesionales acerca del Proyecto Genoma Humano y el aborto terapéutico.

Palabras clave

- Responsabilidad
- Salud
- Dimensión ética

RESUMEN

Al abordar el tema de la responsabilidad como concepto eje en el tema de la salud estamos aludiendo a actos personales que suponen libertad y conocimiento, signo eminente de la dignidad de la persona humana. La primera responsabilidad social es mirar a la persona integralmente en su dignidad y desde ella, generar una cultura que promueva estilos de vida beneficiosos para el Hombre (varón y mujer). Los medios de comunicación social no pueden refugiarse en ser un mero instrumento de terceros. En razón de su ethos, están asociados a la verdad. La responsabilidad es ineludible en las empresas farmacéuticas, así como también en el Estado en materia de salud. La responsabilidad en el ámbito de la salud no puede prescindir de respuestas originarias en torno al sentido de la vida. "Me parece cuestionable que, por una parte, se promuevan estilos de vida que se presentan como deseables pero que claramente atentan contra la salud y la vida humana y, por otro lado, se le exija a la ciencia y a la Medicina que cure los frutos de esas acciones previsibles y evitables". El médico desde el momento en que decide estudiar esta profesión y al interactuar con personas dolientes tiene una responsabilidad personal y social muy importante que deja traslucir amor y respeto por la vida.

INTRODUCCIÓN

Agradezco la invitación que me han hecho para participar en este encuentro académico. Estos diez años han sido muy fructíferos, tanto en el nivel de la enseñanza de la Bioética, como por el empeño en la investigación y la presencia en el diálogo con la sociedad que esta nueva disciplina exige.

Espero que esta conferencia contribuya a enriquecer la razón de ser de un Instituto de Bioética anidado en el seno de una Universidad Católica, servir al Hombre, a todo el Hombre y a todos los Hombres, promover su dignidad inalienable y su bien, tanto personal como social, a la luz de su verdad conocida por medio de la razón y de la fe.

Al ver el tema que se me ha propuesto, "Responsabilidad, concepto eje en el tema de la salud", quisiera postular que la relación de las personas con la ciencia y la tecnología en general y la Medicina en particular, especialmente en Occidente, y las responsabilidades que de allí surgen, no son químicamente puras puesto que están muy influenciadas por muchos otros actores sociales e intereses a veces claramente contrapuestos con la salud de las personas y que, sin embargo, tienen una gran preponderancia en ella.

Por lo tanto, en el ámbito de la salud se

presentan responsabilidades compartidas. Sin embargo, por razones pedagógicas, para poder discernir mejor la que les cabe a cada uno de los actores de la sociedad es que las he separado en varias instancias de responsabilidad y las he clasificado de la siguiente forma:

1. Responsabilidad de la sociedad; 2. Responsabilidad de los medios de comunicación social; 3. Responsabilidad de la industria farmacéutica; 4. Responsabilidad del Estado; 5. Responsabilidad del paciente; 6. Responsabilidad del médico.

Me parece adecuado, en primer lugar, dar la definición de responsabilidad según el Diccionario de Lengua Española, "carga u obligación moral que resulta para uno del posible yerro en cosa o asunto determinado. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente". Aquí va mi primera reflexión, cuando hablamos de responsabilidad estamos aludiendo a actos personales, que suponen libertad y conocimiento, dos características signo eminente de la dignidad de la persona humana. Por lo tanto, la responsabilidad que le cabe a cada uno de estos actores no puede ser atribuida o endosada al mercado, a las presiones externas, a consideraciones económicas, a la sociedad en general e incluso a la ley. Sin negar que estas consideraciones condicionan la

acción, no la determinan, puesto que no hay nada más personal que el mérito y la culpa y ellas no pueden ser atribuidas a terceros. Por lo tanto, cuando nos enfrentamos a la responsabilidad de otros actores, éstos han de comprenderse en su justa dimensión. Son importantes, es cierto, pero no determinantes.

1. RESPONSABILIDAD DE LA SOCIEDAD

No cabe duda de que la sociedad a través de la cultura, entendida como la forma en que las personas en la sociedad se vinculan consigo mismas, con los demás y con Dios, va promoviendo estilos de vida que repercuten directa e indirectamente en la salud de las personas. Dado que el bien integral de la persona incluye el bien de la vida física y de la salud, es éticamente inaceptable promover estilos de vida que atenten claramente en contra de la salud de las personas. Este tema no es menor si se considera las abultadas sumas de dinero que se gastan en el ámbito de la salud producto de la consecuencia de modelos de vida que se presentan como deseables, que son asumidas por las personas y que sólo hacen daño.

Pensemos únicamente cómo a todo nivel se ha pauperizado el valor y el significado de la sexualidad humana, en cuanto que se la vincula casi exclusivamente al placer que procura, sin referente alguno a la persona y a toda la riqueza que ella

lleva como posibilidad de donación de sí en el contexto del amor conyugal. El dolor que ello ha significado a tantas personas es inmenso, así como el costo que ha significado para las sociedades paliar sus efectos.

Miremos el flagelo del VIH y el SIDA, cuya raíz última es, en la inmensa mayoría de los casos, fruto de una visión de la sexualidad presentada como indiferente desde el punto de vista moral. Pensemos también en el aumento del consumo de alcohol, especialmente entre los jóvenes, y los altos costos que ha significado en servicios de salud para contrarrestar sus efectos, ya sea por las enfermedades que de allí surgen, ya sea por los accidentes de tránsito fruto de conducir bajo su efecto.

Es sabido, también, que el consumo de tabaco y de drogas han significado un alto costo en salud para las personas y la sociedad, por cierto. La primera responsabilidad social es mirar a la persona integralmente en su dignidad y desde ella, de la verdad que lleva grabada y su bien, generar una cultura que promueva estilos de vida beneficiosos para ella, una cultura de la vida. Es insostenible e inhumano que haya personas que lucren promoviendo, fabricando, vendiendo productos dañinos para la salud de las personas. No pueden desentenderse de la responsabilidad que les cabe en la salud

de las personas, la que siempre ha de estar en el centro de la atención de todo el tejido social. El bien común que persigue la sociedad implica la preocupación por el bien de cada una de las personas que la componen, y ello es indisociable con lo que promueve implícita o explícitamente. En mi opinión, la crisis ética que se percibe en la sociedad hunde sus raíces en un escepticismo frente a la posibilidad de conocer la verdad y, en especial, la verdad acerca del Hombre y la de su sentido.

Por otra parte, nos encontramos que la nueva forma de comprender al Hombre y la ciencia ha hecho que las sociedades modernas pongan una desmesurada confianza en los resultados de la ciencia y la tecnología, en lo que a la salud respecta.

Ello, sin duda alguna, constituye un gran tema de reflexión porque en definitiva se piensa que todos los males que nos aquejan tendrán una solución desde fuera (desde la ciencia, la Biología, la tecnología, la Medicina, la Psicología) y no desde el interior de la persona, a través del cambio de conducta, de hábitos de vida o bien de una nueva mirada en torno a la realidad personal o social. Si no se duerme bien es más fácil tomar medicamentos para ello que preguntarse las razones más de fondo que llevan a ello. Lo mismo acontece con la impotencia, con

las neurosis, el cansancio, la infertilidad y tantas otras situaciones de la vida moderna que, por desgracia, son cada vez más frecuentes. Es impensable una política en salud que no interiorice la necesidad de una adecuada antropología de base que ilumine y penetre todo el quehacer social y las conductas. En este sentido, la Iglesia puede hacer un aporte insustituible justamente en virtud de la visión del Hombre que presenta y el sentido de su ser y de su actuar.

2. LA RESPONSABILIDAD DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación social tienen una responsabilidad inmensa en relación a las conductas de las personas. Han abandonado su labor de formar a la población con conductas positivas y han terminado siendo, más bien, los brazos derechos de las empresas que tienen finalidades exclusivamente económicas. Es doloroso reconocerlo, pero salvo contadas excepciones los medios de comunicación no sirven a la sociedad, sino que a intereses que, muchas veces, van en contra de ella. Las modernas técnicas de comunicación social hacen aparecer atractivos modelos de vida y conductas que atentan en contra de la salud y la vida de las personas.

No es lícito promover un producto faltando a la verdad respecto de sus conse-

cuencias reales en la salud de las personas. Muchas veces, los sistemas de salud en general y los médicos en particular invierten tiempo e ingentes sumas de dinero en curar enfermedades o dolencias que han surgido de estos modelos de vida presentados por los medios de comunicación social, por lo cual a ellos también les cabe una responsabilidad.

Dado que los medios de comunicación social tienen una responsabilidad social en las conductas de las personas, no pueden refugiarse en ser un mero instrumento de terceros. Ellos, en razón de su *ethos* asociado a la verdad y al bien de las personas, deben estar muy vigilantes para que los productos que promueven no dañen a las personas, al medio ambiente y sean consecuentes con las normas morales y costumbres de la sociedad. Por otro lado, los medios de comunicación social no pueden vulnerar el derecho y el deber de las personas de hacer una elección responsable con métodos de comunicación que exploten sus inclinaciones más instintivas o disminuyan la capacidad de reflexionar y decidir. Estas exigencias se hacen más urgentes frente a los grupos de personas más vulnerables de la sociedad, como son los jóvenes o los más pobres. Por último, nunca se puede obviar el ser veraz como elemento fundacional de la relación entre el comunicador y el público.

3. RESPONSABILIDAD DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Es evidente el rol que juegan las empresas farmacéuticas en la salud de las personas. En primer lugar, porque los conocimientos que van adquiriendo y su especialización tienen un gran impacto en la sociedad. Parte de la responsabilidad de la empresa farmacéutica es cumplir de modo adecuado con los protocolos para garantizar la seguridad del fármaco o el nuevo procedimiento. En mi opinión, otro elemento importante al estudiar la responsabilidad que les cabe a las empresas farmacéuticas y del que se habla muy poco es que, sobre los conocimientos adquiridos en cuanto son un bien de interés social, graba una hipoteca social. Ello significa que sus conocimientos deben ser difundidos lo más ampliamente posible de tal forma de contribuir a la salud de las personas. Es indudable que las ganancias económicas forman parte del quehacer empresarial, y es un buen incentivo para llevar a cabo investigaciones que requieren un alto grado de inversión, pero es éticamente lamentable que este factor prime por sobre la salud de las personas. ¿Cuántas veces hemos sido testigos de que las personas más pobres de la sociedad acceden a medicamentos en la fase experimental de ellos y una vez que han sido aprobados para su comercialización no tienen ninguna posibilidad de procurárselos en virtud de su

elevado costo? Es lamentable que muchas personas no tengan una adecuada atención en salud en razón de su pobreza, aun cuando estén disponibles en el mercado medicamentos que podrían curar su dolencia. Vemos cómo cada vez más son las reglas del mercado y la demanda la que mueve la oferta de productos médicos y que ello no siempre coincide con las necesidades de las personas o sociedades más pobres.

Otra responsabilidad de las empresas farmacéuticas es no generar falsas expectativas respecto de la presentación de un producto, ya sea exagerando sus bondades o bien callando sus efectos colaterales. La dimensión ética de lo ofrecido es una dimensión muy importante del quehacer de la empresa farmacéutica, dado que la salud es un aspecto especialmente sensible en la vida de las personas puesto que afecta a su persona, su proyecto de vida y sus relaciones sociales y familiares. Sabemos todos de tantas personas que han gastado grandes sumas de dinero en terapias que claramente no eran necesarias en justicia y que se usaron a la luz de falsas esperanzas. Lo único que se logró fue generar más dolor, más angustia, una agonía más larga y además, un empobrecimiento de toda la familia.

4. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

El Estado, sin duda, tiene una gran res-

ponsabilidad en el ámbito de la salud a nivel de prevención de enfermedades, en el ámbito de la promoción de estilos de vida saludables y en la distribución equitativa de los recursos destinados a la salud de la población. Al respecto, quisiera detenerme en un aspecto que me parece muy importante con relación a la responsabilidad del Estado en materia de salud. ¿Éste puede argumentar neutralidad moral o el hecho de que estamos en el contexto de una sociedad pluralista para aprobar leyes o promover prácticas que claramente atentan en contra de la vida y la salud de las personas? Esta pregunta creo que es central y nos lleva inmediatamente a plantearnos si el Estado y sus leyes y políticas tienen o no una función educativa o es sólo normativa o restrictiva. Este tema no es menor. Sociedades que han aprobado leyes a favor del aborto, de la eutanasia, que promueven la esterilización como método para controlar la natalidad, que promueven el uso indiscriminado de anticonceptivos con el propósito (no logrado por cierto) de reducir los embarazos de las adolescentes, y el uso del preservativo de modo indiscriminado para reducir la transmisión del VIH (cosa que tampoco se ha logrado), faltan gravemente a su obligación de velar por el bien común y promover la salud y el bien de las personas.

Es lamentable que nuestros gobernantes postulen neutralidad valórica (asevera-

ción que ya, de suyo, implica no neutralidad) para inducir o hacer parecer positivas y recomendables prácticas claramente inmorales, es decir, no conforme a la verdad de la persona y su bien. Si bien es cierto que el Estado debe ser consciente de que legisla para la mayoría de los ciudadanos y que éstos no siempre son virtuosos, es importante reconocer la diferencia abismal que existe entre tolerar el mal, fruto de la debilidad de las personas, y promoverlo.

5. RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Las personas son las primeras responsables de su salud. Cuidarse y hacerse cuidar es un deber y un derecho. Desde ese punto de vista, promover una actitud responsable frente a la vida, en la cual no se exponga a riesgos de modo innecesario y se tenga un estilo de vida de acuerdo con la dignidad de la persona -que conlleva, al mismo tiempo, el reconocer la dignidad del cuerpo- es una urgencia primaria. Esta hipótesis es especialmente válida desde la perspectiva de Occidente, donde las posibilidades que ofrece la ciencia y la Medicina a las personas para sus requerimientos son múltiples. En efecto, los requerimientos de algunas personas, muchas veces, sobrepasan lo terapéutico, lo que constituye una clara injusticia con relación a los demás que no tienen recursos para una mínima prestación médica. La medicina terapéu-

tica ha ido cediendo cada vez más espacio a la llamada "medicina del deseo".

Curarse y hacerse curar es un deber y un derecho, pero también lo es ser corresponsable respecto de los demás. Creo necesario insistir con más fuerza que sobre los bienes graba una hipoteca social. Ello puede ayudarnos a evitar que se utilicen recursos que le pertenecen a todos los ciudadanos, a la luz del principio del destino universal de los bienes, en prestaciones médicas, en cosas superfluas vinculadas más a la vanidad de las personas o la moda imperante que a una necesidad auténtica y genuinamente médica.

Creo que la responsabilidad de las personas en torno a la salud no podrá lograrse al margen de una antropología adecuada. Antropología que reconozca el valor de cada ser humano por lo que es, una antropología que valore la virtud de la templanza, la justicia respecto de uno mismo y los demás y una relación directa entre el ser y el hacer. La responsabilidad en el ámbito de la salud no puede prescindir de la respuesta originaria en torno al sentido de la vida. Me parece cuestionable que, por una parte, se promuevan estilos de vida que se presentan como deseables pero que claramente atentan contra la salud y la vida humana y, por otro lado, se le exija a la ciencia y a la Medicina que cure los frutos de esas acciones previsibles y evitables. Creo que

este tema surge porque al final la sociedad se ha asfixiado con sus propios excesos.

Pienso que resulta cada vez más importante volver a reconocer nuestra condición de criaturas, con un inicio y un fin, y la muerte como una realidad que se integra como parte de la vida. Es inadecuado postular una cierta "inmortalidad" a la luz de las nuevas posibilidades que entrega la Medicina. Porque ello no es verdad. Creo que se puede asumir responsablemente la vida, la enfermedad y la muerte desde una antropología que recupere la dignidad de la persona, su condición de mortal en una perspectiva de trascendencia. Desde este punto de vista, los líderes espirituales tienen una gran labor y responsabilidad.

Otro aspecto de la responsabilidad del paciente alude a la relación de su actitud frente al médico y a los equipos de salud. Está obligado a decir la verdad respecto de su enfermedad. No puede ocultar información que vaya en contra de la posibilidad de un adecuado diagnóstico y tratamiento. También ha de ser responsable respecto de terceros en caso de que su enfermedad tenga influencia directa o indirecta sobre otros. Desde ese punto de vista, la confianza hacia el médico y el valor de la confidencialidad van a jugar un papel importante para que el paciente actúe con auténtica libertad y respon-

sabilidad. Esta actitud de confianza es vital para que el paciente sea también responsable en seguir las indicaciones terapéuticas.

6. RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO

La responsabilidad del médico comienza desde el momento en que decide estudiar esta profesión. Las características de ella, interactuar con personas dolientes, obliga a reconocerla como algo más que la forma de ganarse la vida. El médico tiene una responsabilidad personal y social muy importante por el sólo hecho de serlo. Es una profesión con un *ethos* del todo particular, el servicio, que ha ido adquiriendo a través de los siglos. Se profesa hacer el bien, sanar, cuidar, aliviar y evitar el mal o dañar. Se profesa amor y respeto por la vida. Creo que no tener claro este horizonte puede tergiversar ampliamente la profesión y, sobre todo, al ser humano, especialmente en un aspecto tan relevante de la vida de las personas como lo es la salud. La salud no es una mercancía, puesto que dice relación con la persona, valor supremo con una dignidad que merece ser adecuadamente respetada y promovida.

Lo primero que se le exige a todo profesional y al médico, en particular, es que sea altamente competente en su ámbito. Así la primera responsabilidad que le cabe al médico es tener pericias y habilida-

des exigidas por su propia profesión y procurárselas en la medida que se den las condiciones. Junto a esto, es deseable -en virtud de que la enfermedad de un paciente se irradia a todos los ámbitos de la vida de la persona como lo es la familia, el campo laboral, su proyecto de vida e incluso su fe- que sea muy humano, que trate a las personas con buenos modales, con cercanía. Allí estará la base de una relación entre personas, que llevará a una relación de confianza. Parte de la responsabilidad del médico es, si las condiciones así lo ameritan, reconocer su incompetencia y solicitar ayuda a sus colegas o bien derivar al paciente a otra persona que pueda ayudar de modo más eficaz al enfermo.

Responsabilidad del médico es también el ser veraz y, sobre todo, prudente para saber las mejores condiciones bajo las cuales el paciente puede recibir diagnósticos graves de que puede mermar significativamente su salud o, incluso, conducirlo a la muerte. Es responsabilidad del médico y de su equipo preparar al paciente y a la familia para que acojan de la mejor forma posible la verdad respecto de su salud. El poseer una adecuada preparación en lo humano es responsabilidad del médico, pero debe encontrar en el lugar donde desempeña sus labores las condiciones que permitan adquirirlas.

Otro tema que ha de ser tratado cuida-

dosamente es que, muchas veces, se le exige al médico que se haga responsable de aspiraciones por parte de las personas que sobrepasan lo terapéutico y frente a las cuales, por no tener el estatuto de terapia, no está obligado. Ello puede acontecer, por ejemplo, en la solicitud de tratamientos que den pocas garantías de éxito, que no son exigibles desde el punto de vista terapéutico, por no ser calificadas como tales, o bien en acciones claramente inmorales como la solicitud de procurar un aborto o practicar la eutanasia o la esterilización con finalidad no terapéutica, etc. Desde este punto de vista, es importante tener claro que la profesión médica la realiza una persona que tiene una concepción de su ser y de su actuar y una conciencia que han de ser privilegiados a la hora de tomar una decisión. El actuar en conciencia es un derecho de las personas y ello no puede ser objeto de presiones indebidas.

CONCLUSIÓN

Abordar el tema de la responsabilidad, concepto eje en el tema de la salud, es fundamental toda vez que los dilemas

que se presentan en el ámbito de la salud tienen una dimensión ética que ha de ser resuelta en varios niveles como he tratado de explicar en esta conferencia. Ello no siempre es fácil. Los conflictos de interés son muchos y no siempre apuntan a privilegiar al paciente y a la comunidad. Por tanto, este tema adquiere un carácter social y, por ende, nos incumbe a todos: al Estado, a los educadores, a los medios de comunicación social, a los empresarios, a los médicos, a los profesionales de la salud y, obviamente, por estar el Hombre involucrado, a la Iglesia Católica.

A la luz de cómo se está dando la relación de la sociedad y la salud, postulo fundamental introducir una **nueva lógica de comprensión de la realidad desde la centralidad de la persona humana y de la primacía del ser por sobre el tener o hacer, de la persona por sobre las cosas, de la ética por sobre la técnica. De la solidaridad por sobre el individualismo.** Ello será posible sólo si reconocemos en cada ser humano un valor y una dignidad tal que merezca ser custodiada bajo todas las circunstancias, por ser un fin y no un medio.

LA RESPONSABILIDAD COMO EJE DE LA RELACIÓN CLÍNICA

Panel

Responsabilidad y Salud.

19 de octubre de 2004.

Prof. Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

- Doctora en Medicina.
- Magister en Bioética (Universidad de Chile, Organización Panamericana de la Salud)
- Directora de la Maestría en Bioética, OPS.
- Secretaria de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas (Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina)
- Presidente del Consejo Provincial de Bioética (Mendoza, Argentina)
- Presidente del Comité de Ética y Jefe de Servicio de Internación Pediátrica N° 1 del Hospital H. Notti (Mendoza).
- Integrante de la Comisión de Bioética y del Comité de Ética de Investigación de la F.C.M. (Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza)
- Presidente del Centro Cuyano de Estudios Bioéticos.
- Autora de numerosas publicaciones y varios libros, entre ellos, *Bioética. Limitaciones de tratamiento* y de *Bioética. Experiencia transdisciplinaria desde un Comité Hospitalario Latinoamericano*.

Palabras clave

- Deontología médica
- Libertad
- Responsabilidad médica
- Virtudes
- Proporcionalidad terapéutica
- Educación para la salud
- Solidaridad

RESUMEN

La autora expone en el presente artículo las implicancias de la responsabilidad profesional del médico en la relación clínica, haciendo un repaso por todas sus aristas: la responsabilidad por uno mismo, la responsabilidad por la obra bien hecha y la responsabilidad por las consecuencias de la obra bien hecha. Recalca, para terminar, la necesidad de incorporar la Bioética y la formación en valores en la enseñanza curricular de la profesión.

Como docente universitario latinoamericano, quiero compartir con ustedes algunas reflexiones, análisis y sugerencias que surgen del compromiso de lograr un desarrollo social más ético. Sobre todo, quiero referirme a algunos aspectos que pueden ayudar a la formulación de una nueva dinámica académica, utilizable para lograr una mejor formación de los futuros profesionales que tendrán a su cargo la salud de nuestra sociedad.

Se trata, concretamente, de la responsabilidad que tenemos como formadores y a la que tenemos que animar a todos los profesionales, en esta particular circunstancia del cuidado de la salud.

Hoy la Universidad debe contribuir a un cambio de rumbo con la preparación de jóvenes profesionales que serán los ges-

tores de las políticas de salud del mundo.

La reforma sanitaria es un tema central en el debate sobre los caminos que llevan a una sociedad más equitativa, más solidaria y más responsable.

Compartimos la tesis de que el proyecto de enseñar un nuevo desarrollo, más humano y ético, en la Universidad se inscribe como parte de un esfuerzo general de fomentar mayor lucidez y responsabilidad universitaria frente a los problemas de "mal desarrollo" actual.

Asimismo, implica reconocer la existencia de un problema epistemológico y pedagógico fundamental en nuestro modelo de desarrollo.

La Universidad debe (moralmente) y puede (técnicamente) formar parte de la solución, formando, de otro modo, profesionales comprometidos en enfocar el rumbo del desarrollo hacia mayor justicia, cohesión social, capital social y crecimiento sostenible sin exclusión.

En este sentido, es necesario y urgente concebir para nuestros países latinoamericanos una nueva manera de enseñar la medicina, la educación, la economía, la administración, la política pública, los negocios y demás, fundados en sólidos criterios éticos para el desarrollo y fortalecimiento del capital social de la comunidad.

Desde el campo de la Bioética, considerada como una forma dialógica del discurso, con su dimensión de proceso social, como procedimiento técnico para la toma de decisiones y como producto académico, quiero referirme a un concepto clave de la ética profesional: la responsabilidad profesional como eje de la relación clínica.

El término responsabilidad, etimológicamente, significa "responder, hacerse cargo, hacerse garante, asumir algo, comprometerse de algo, ante alguien o ante la ley", es decir, siempre nos pone en relación con los otros.

En la relación clínica, se interrelacionan la responsabilidad del profesional, la del paciente y su familia y la de los responsables políticos como representantes de la sociedad. Cada una de ellas posee elementos comunes y otros particulares que interactúan en la singularidad de un momento y lugar determinados.

Me voy a referir exclusivamente a la responsabilidad profesional, con un planteamiento sencillo, como realmente puede hablarse en el hospital y dejando de lado los aspectos jurídicos del tema.

En este marco, podemos plantear tres aspectos importantes: la responsabilidad por uno mismo, la responsabilidad por la obra bien hecha y la responsabilidad por

las consecuencias de la obra bien hecha; todo en el marco institucional y general de la profesión y, además, como respuesta personal a otras personas.

RESPONSABILIDAD POR UNO MISMO

Somos responsables ante nosotros mismos, por el hecho mismo de ser, de ser una persona que debe realizarse como persona y como profesional, sea por acción o por omisión. También somos responsables por las consecuencias de dichas acciones u omisiones. Esto remite a la globalidad de lo que somos e impregna constitutivamente la autorrealización. Al ser responsable de lo que "estoy llamado a ser" surge la primera conexión entre responsabilidad y profesión como vocación: en la profundidad, como escucha activa de un llamado desde la conciencia, la vocación, debo responder eligiendo una profesión. Ante esta elección libre, asumo mi profesión como respuesta y logro acercarme a la autenticidad.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR LA OBRA BIEN HECHA

Debo plantearme ¿de qué soy responsable?, ¿de qué tengo que responder? La primera respuesta que surge es: de mi proyecto global de vida; y, dentro de él, un lugar importante lo ocupa mi profesión. Vale decir, soy responsable de la obra propia de mi profesión. Esto remite

al bien interno de la propia profesión, en este caso, al bien interno de la Medicina, estableciendo un lazo intrínseco con ella.

A la profesión médica también la podemos considerar como práctica. Mac Intyre, en *Tras la Virtud*, define a la práctica como: "una forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma, mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad".

La profesión como práctica tiene bienes intrínsecos y bienes extrínsecos. Los bienes extrínsecos -por ejemplo, poder, fama, dinero- siempre determinan que unos ganen y otros pierden. Si estos son los que se priorizan, se falsea la práctica de la profesión. No es que no deban tenerse en cuenta, pero deben ser subordinados, mediante el ejercicio de las virtudes, al logro de los bienes intrínsecos, que son un bien para toda la comunidad, garantizan la autenticidad y llevan a la excelencia de la profesión.

Los bienes intrínsecos de la Medicina hoy se han replanteado. Siguiendo la propuesta del *Hasting Center* podemos considerar como Metas Médicas a:

1. Prevención de la enfermedad
2. Cuidar lo que no se puede curar
3. Curar lo que puede ser curado

4. Ayudar a morir en paz

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR LAS CONSECUENCIAS DE LA OBRA BIEN HECHA

Como señala Weber, no es suficiente plantearnos la responsabilidad por la acción y las consecuencias de la obra mal hecha sino, incluso, de las bien hechas. Una acción bien hecha, puede tener consecuencias negativas no queridas que no podemos dejar de considerar. Vale decir que, además de considerar la convicción, se debe asumir la responsabilidad de las consecuencias.

Según Apel, en un análisis crítico del deontologismo kantiano que determina que se logre siempre la acción debida, propone distinguir dos partes de la ética: la parte A, de los principios normativos ideales, los cuales rigen la comunidad ideal de comunicación, y la parte B, que considera los principios de la acción moralmente responsable en las situaciones en las que las condiciones de una aplicación responsable de las normas ideales no pueden suponerse realizadas. Es este un tema en el que debemos ser muy cuidadosos para no "resbalar" a la aceptación de cualquier acción como medio para el fin bueno, sacrificando lo "sagrado" de las personas, pero a la vez es fundamental. Como dice Diego Gracia, a veces, en la singularidad de la situación hay que

hacer la excepción a la norma para respetar el canon de medida. La prudencia, que ya proponía Aristóteles, ha de guiar el "cómo" de la acción moral a través de la deliberación. La responsabilidad de las consecuencias requiere del profesional, del equipo de salud, que, además de deliberar con el paciente sobre lo que inicialmente se presenta como acción correcta u obra bien hecha, se consideren también las consecuencias de la misma, analizando las consecuencias próximas y lejanas. El tema es muy delicado y difícil al lado del enfermo en determinado momento y en un determinado lugar geográfico, o sea, ante un caso concreto.

El respeto de la dignidad fundamental de las personas debe estar garantizado. Por eso, se nos pueden imputar no sólo las consecuencias de nuestras acciones, sino también las de nuestras omisiones. Hay "acciones por omisión" que nos señalan que la acción con carga moral no es simplemente algo que el sujeto pone con total iniciativa, sino que puede ser algo que le viene exigido al sujeto -que debe comenzar así por ser receptividad antes que iniciativa- desde unas circunstancias y en un contexto. La complejidad de nuestras sociedades hace cada vez más necesario considerar moralmente la instancia de la omisión y debe llamar la atención de los profesionales.

Al considerar la responsabilidad del pro-

fesional por la obra bien hecha y por las consecuencias de sus acciones y omisiones, podemos guiarnos por los principios de *no maleficencia* y de *beneficencia*. El hecho de situarlos en el marco de la responsabilidad les da intensidad moral y características que a la racionabilidad médica le es fácil entender.

También puede ser útil plantear la proporcionalidad terapéutica, entendiendo que se requiere de un balance y una relación de medida y prioridad entre los distintos componentes de una misma situación.

El médico que debe estar actualizado técnicamente, propone al paciente los objetivos de la práctica o tratamiento a implementar: de curación, de prevención de recidivas, de prolongación de la vida, de alivio del dolor o de rehabilitación. Teniendo en cuenta que la terapéutica esté disponible, que no haya dificultades técnicas operativas y los gastos sean proporcionados al beneficio, el médico propone el tratamiento más eficaz, el de mayor beneficio, el más seguro, o sea, el de menor riesgo y el más adaptado a las necesidades del paciente. Esta selección del tratamiento por parte del médico entra en interacción con el análisis que efectúa el paciente con respecto a si tolera el dolor y sufrimiento que ha de provocar la práctica o tratamiento propuesto, si se han respetado sus valores idea-

les, si va a tolerar el impacto emotivo y el valor que otorga al beneficio esperado; según sea el resultado del análisis, aceptará o rechazará la propuesta. En este momento se verifica la aceptación (o no) y recién aquí se produce la elección terapéutica.

Definimos a la salud como "experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y, consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en su contexto social y laboral habitual". Vale decir, la salud se construye en las diferentes historias personales y grupales.

Si, además, entendemos a la educación como un proceso de socialización y desarrollo que tienda a capacitar a la persona para desenvolverse en su medio, otorgándole herramientas para la gestión de su realidad, la convivencia y la participación activa en los distintos escenarios sociales, es necesario un marco teórico de la salud.

La educación para la salud es una necesidad educativa básica para que cada persona de la comunidad pueda conocer, mantener, mejorar e identificar los factores que la alteran o enfrentarse a su pérdida. De esta manera, desde la autonomía personal de cada uno se puede ac-

tuar con responsabilidad y se puede propender al desarrollo personal y social. La educación debe dirigirse a todo Hombre, a toda la persona y a todas sus dimensiones, afirmándolo en su capacidad de aprender a aprender, pero también se debe desarrollar la capacidad de aprender lo humano, vale decir, la capacidad de aprender a "ser". Hay que explicitar la necesidad de autoconstruirnos, de vincularnos intersubjetivamente con otros y de que la Universidad, al igual que todos los niveles de formación sistemática, se debe plantear la necesidad de la formación en valores.

Los estudiantes universitarios ya traen un cúmulo de valores que han adquirido en su familia, en los diversos grados escolares, en su iglesia, en su grupo, en su club, en su barrio y demás. Pero en la Universidad se debe incentivar la formación en valores y lograr el desarrollo de su conciencia ético-social, que implica una postura históricamente comprometida con la realidad en que actúa y actuará.

La Universidad debe asumir el compromiso de formar a sus estudiantes en un alto sentido ético-social de su responsabilidad profesional. Al espíritu crítico, la capacidad de análisis y discernimiento, hay que agregar el fomento de la necesidad de actuar en beneficio de otros de modo solidario. Debemos formar profesionales conscientes de las necesidades

sociales y de su propia capacidad y obligación para colaborar en la tarea de mejorar la calidad de vida de tantos que necesitan.

RESPONSABILIDAD COMO RESPUESTA A LOS OTROS

No sólo somos responsables ante nosotros mismos o ante nuestra conciencia. El profesional debe responder ante el paciente y su familia, cumplir con lo pactado, satisfacer sus intereses en el horizonte de una acción que implique el bien para él. Algunas veces, las consecuencias de la acción desbordan al paciente; otras, la relación con el paciente no es tan concreta, es más indefinida (por ejemplo, el gestor que organiza y administra un hospital público) y acaba remitiendo a la sociedad. O sea, el profesional es inmediatamente responsable ante el paciente pero en el horizonte de su responsabilidad social en general.

El proceso de justificación que nos remite al porqué de la responsabilidad ante los otros depende del paradigma ético en que nos situamos: liberal, discursivo, utilitarista, comunitarista y demás.

También quiero referirme a que los pro-

fesionales tienen para con los responsables políticos algunas obligaciones que constituyen parte de su responsabilidad técnica: aprender a valorar la viabilidad política de las propuestas técnicas, identificar los momentos oportunos, traducir datos y razones en argumentos comprensibles y utilizables políticamente.

También deben estar formados con capacidad para: implicar a los actores sociales en la formulación y ejecución de políticas saludables; inducir e impulsar a la acción; dar información para evaluar el impacto y los procesos en la ejecución de una política y dar continuidad.

Para concluir: soy un ser único e irrepetible. No soy intercambiable, no soy un mero individuo de un género. Mi responsabilidad es intransferible. La libertad de la persona responsable pasa a ser planteada como una posibilidad, más que como un derecho: la posibilidad de hacer lo que nadie puede hacer en mi lugar. Es la persona y su dignidad el ámbito normativo que establece el marco de la responsabilidad y limitación a la exclusiva capacidad técnica que, indudablemente, es exigida en el marco de un acuerdo libre y dialogado.

BIOÉTICA INTEGRAL. PERSONA COMO OBJETO Y PERSONA COMO SUJETO

Panel

*Bioética Personalista:
algunas reflexiones*

19 de Octubre de 2004.

Prof. Dra. Hna. M. Elena Lugo

- B.A. en Psicología-Sociología (*Barry University, Estados Unidos*)
- M.A. en Filosofía (*Georgetown University, Estados Unidos*)
- Ph.D. en Filosofía Moderna y Contemporánea (*Georgetown University, Estados Unidos*)
- Miembro del Instituto Secular de Schönstatt-Hermanas de Maria.
- Catedrática, Docente e Investigadora de Ética Biomédica y Filosofía de la Medicina (*Universidad de Puerto Rico-Mayagüez Campus*)
- Publica libros, artículos y presenta conferencias a nivel nacional e internacional sobre temas de estas áreas, particularmente, sobre la ética en la investigación científica.
- Profesora Invitada de la Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Fundadora del Centro para la Filosofía en su Función Interdisciplinaria (*Universidad de Puerto Rico*).
- Miembro cofundador de la Federación Puertorriqueña de Bioética.
- Eticista –Clínica, Hospital La Concepción, San Germán, Puerto Rico.
- Presidente de la Comisión de Bioética Padre José Kentenich, Argentina y Puerto Rico, afiliada a la Federación de Institutos de Bioética de Inspiración Personalista –FIBIP (Vaticano)
- Miembro de la Pontificia Academia para la Vida.

Palabras clave

- Bioética
- Bioética Personalista Integral
- Persona
- Vida
- Razón
- Fe
- Ley natural

RESUMEN

Este ensayo pretende mostrar que una Bioética integral, si ha de promover un criterio objetivo sobre la vida y sus temas aliados, a la vez que ofrecer recomendaciones efectivas en la práctica, debe establecer su objeto de estudio con el debido fundamento y la amplitud correspondiente. A estos efectos proponemos el Personalismo como realismo ontológico. Además, la Bioética integral debe operar con una racionalidad correspondiente a la dignidad de su objeto de estudio. La metodología contemplada ha de contar con rigor objetivo pero, también, con sensibilidad y compromiso subjetivo de parte del estudioso. Pensamos que la visión orgánica, según planteada por el P. José Kentenich, ofrece directrices pertinentes para una Bioética Personalista en su objeto y en el sujeto que lo enfoca.

I. INTRODUCCIÓN GENERAL

A. Hay coincidencia en que la *Bioética*, en cuanto estudio interdisciplinario de los desafíos que, en la posmodernidad, la tecnociencia les presenta a la vida en general y a la humana en particular, centra su atención en los siguientes temas, con sus dilemas y conflictos morales correspondientes:

1) *Cuestiones sobre el inicio de la vida*

¿En qué consiste el Proyecto del Genoma Humano y cómo sugiere éste una identificación del ser humano con sus genes, a la vez, que abre el camino a una manipulación e ingeniería genética de la condición física del ser humano? ¿En qué sentido el embrión humano es ya una persona con los derechos correspondientes a la dignidad de ser persona, para determinar así las normas que regularán la experimentación y la investigación con ellos? (Por ejemplo, para obtener células estaminales - totipotentes, lo cual supone la muerte del embrión donante) ¿Cuál es el impacto de la asistencia técnica en la naturaleza e integridad propia de la procreación humana, el amor conyugal y la familia? ¿Son el contraceptivo y el aborto señales auténticas de autonomía femenina o constituyen una violación del bienestar y derecho a la vida del ser humano por nacer y de la integridad del ser femenino?

2) *Cuestiones sobre el final de la vida*

¿Cómo han de definirse la muerte y el morir? ¿Cuáles son los cuidados proporcionalmente benéficos del paciente terminal? ¿Cómo han de evaluarse críticamente el cuidado paliativo, el suicidio médicamente asistido y la

eutanasia activa, en cuanto reacciones prácticamente opuestas al dolor y al sufrimiento del paciente? ¿Bajo qué condiciones éticas puede realizarse el transplante de órganos de donantes cadavéricos?

3) Cuestiones sobre el cuidado apropiado del ambiente natural en armonía con los intereses económicos y políticos

¿Cuándo están los objetivos comerciales y los acuerdos gubernamentales sobre el uso y conservación de los recursos naturales en armonía con la justicia y la solidaridad respecto del bien común de la humanidad actual y de la futura? Con miras a determinar la aplicación justa y digna de las posibilidades tecnocientíficas al bienestar integral del ser humano en todas sus condiciones culturales, ¿se procura un equilibrio entre, por un lado, conocimiento científico y acción técnica y, por otro, los valores humanísticos universales?

4) Cuestiones que se suscitan en la interacción o encuentro clínico del profesional en salud y su paciente

¿Cómo ha de configurarse la relación médico-paciente para que sea coherente con el fin terapéutico y educativo y con el bienestar total del pa-

ciente en cuanto persona? ¿Cómo ha de ser la interacción entre profesionales para lograr una colaboración de mutuo respeto orientada al fin común, vale decir, el bienestar del paciente, pero que simultáneamente tome en cuenta las necesidades justas de la comunidad hospitalaria y de la población en general? ¿Cómo mediar en un conflicto entre el bienestar del paciente individual y la justicia respecto del uso eficiente de los escasos recursos en el cuidado en salud? ¿Cómo ha de ser la estructura y la dinámica de los Comités de Ética institucional, a fin de fomentar el cumplimiento de las responsabilidades profesionales? ¿Cómo promover mejor una ética en la infraestructura institucional?

B. Para poder estudiar sus temas de modo interdisciplinario, la Bioética se compromete con la búsqueda de un conjunto de exigencias acordes con el respeto y la promoción de la vida humana o del ser persona, en el plano individual y comunitario. Ello le exige un marco de referencia que *la justifique tanto en su objeto de estudio como en su procedimiento racional*. Por un lado, debe estar atenta a la vida, tal como la enfocan como objeto de análisis e interpretación varias disciplinas (biológicas, psicosociales, filosóficas, teológicas) y, por otro, estar abierta a la amplitud que la vida como realidad radical

(Ortega y Gasset) supone para cada persona, según el sentido común lo describe y estima. Para integrar las disciplinas que estudian la vida, la Bioética debe asegurarse un eje central y sólido. Más aún, si la Bioética ha de ser fiel a su concepción originaria según Potter, no sólo ha de preocuparse por la supervivencia de la humanidad, sino por afirmar *la continuidad* entre su origen y su evolución propios durante casi cuarenta años, lo cual caracteriza hoy a la Bioética de varias maneras: como una disciplina académica, como un factor esencial en la competencia profesional, como un factor de unidad en instituciones sanitarias y de investigación y, finalmente, como un tema de interés en los medios de comunicación social. En una palabra, la Bioética aspira a formar parte de la cultura general, al menos en Occidente, e incluso a declararse una forma de humanismo contemporáneo. Anticipando la visión orgánica que ensayaremos, la evolución de la Bioética debe entenderse como un crecimiento gradual desde lo hondo de su preocupación central por la vida; la Bioética adquiere formas académicas que respetan las clínicas y su correspondiente autonomía; la Bioética se esmera en fomentar cada vez más la sensibilidad, el respeto y el servicio a la vida frente a los múltiples desafíos de la actualidad.

1. Objeto de estudio y procedimiento

Para responder con coherencia teórica y eficacia práctica, la Bioética necesita esclarecer la identidad de su objeto de estudio y afirmar el fundamento de su racionalidad. Actualmente experimenta tensiones internas en cuanto a lo que realmente enfoca y a la fundamentación, tanto ontológica (ser) como epistemológica (conocer).

La fundamentación de la Bioética es, actualmente, uno de los problemas más complejos y acuciantes de nuestro tiempo. Este mismo planteamiento debe hacerse con la Bioética en cuanto reflexión científica, en el sentido original de Potter, y en cuanto actividad sociocultural. La Bioética es una disciplina establecida académicamente, con sus respectivas revistas, sociedades, enciclopedia y programas doctorales; asimismo, ejerce influencia en ámbitos profesionales y es apreciada en prácticamente todos los ambientes culturales. Sin embargo, los estudiosos de la Bioética detectamos, en su faz teórica, modalidades dualistas y reduccionistas que fragmentan su objeto de estudio; y, en su faz práctica, advertimos cierta inseguridad a la hora de brindar recomendaciones.

A continuación, planteo el interrogante sobre la fundamentación ontológica que, simultáneamente, aclara el objeto propio de su estudio; luego, propongo una modalidad de racionalidad que estimo cohe-

rente con el fundamento anterior; seguidamente, señalo algunas tensiones internas de la Bioética, las cuales comparte con la ética en general y generan dudas sobre la identidad de la disciplina.

a) Como fundamento ontológico, proponemos el *Personalismo ontológico* expuesto por Elio Sgreccia, pero implementado según una línea de pensamiento que el P. Kentenich denomina *orgánica*. Como bien indica Mons. Sgreccia, ilustre bioeticista:

"... La Bioética, al igual que cualquier ética humana y social, tiene como puntos de referencia el valor fundamental de la vida, el valor trascendente de la persona, la concepción integral de la persona, que resulta como una síntesis unitaria de los valores físicos, psicológicos y espirituales, la relación de prioridad y complementariedad entre persona y sociedad y una concepción personalista y comunitaria del amor conyugal" [1]

De este modo, queda claramente configurado el objeto de estudio central de la Bioética: el ser persona como núcleo de los temas de salud, ambiente y vida en general. Apreciamos, así, que la Bioética supone una antropología filosófica como eje y base de su análisis e interpretación

multidisciplinarios. Esta observación nos conduce al fundamento epistemológico.

b) En cuanto a la fundamentación epistemológica, proponemos una Bioética interdisciplinaria en un sentido integral. Es decir, nos apartamos de la fórmula ecléctica de colocar en interacción varias disciplinas pero sin un eje claro que coadyuve a la unidad, a establecer una prioridad de conceptos, a infundir coherencia a la hora de abordar los problemas concretos que la Bioética intenta resolver.

En su sentido integral, con la estrategia correspondiente, llamada *orgánica* según el pensar del P. Kentenich, la Bioética es interdisciplinaria por ser un itinerario reflexivo del propio razonamiento humano ante la realidad compleja en sus diversos niveles, captada ésta según las modalidades análogas de una gran verdad diferenciada según los discursos apropiados (científico, antropológico, filosófico, axiológico-ético y espiritual trascendental). Es decir, la razón *describe* los hechos, los *interpreta* a la luz del ser en sí de la persona por vía filosófica, para acentuar la sustancialidad del ser y así derivar, en orden esencial, las implicaciones éticas de *juzgar* la acción recta según los bienes coherentes con las exigencias correspondientes a la dignidad, integridad y tras-

[1] Sgreccia, Elio, *Manuale di Bioetica*. Vol. 1, Milano, 1991., pág. 40 s.

cendencia del ser persona.

Es decir, para responder a las exigencias epistemológicas consultaremos la razón práctica natural como revelación de los principios éticos de primer orden, revitalizando así la ley moral natural. Sólo entonces se puede *decidir* en consonancia con los principios clásicos de la Bioética de la autonomía, la beneficencia y la justicia, pero justificados a la luz de la ley moral natural.

c) Una de las tensiones internas de la Bioética que compromete su identidad y que rige, asimismo, para la ética en general, se refiere al interrogante crucial sobre la apertura o resistencia de la Bioética a la Revelación y a la espiritualidad netamente religiosa.

Mons. Sgreccia se expresa con claridad y precisión convincentes:

“La Bioética, deberá ser, a nuestro juicio, una ética racional que, a partir de la descripción del dato científico, biológico y médico, analice racionalmente la licitud de la intervención humana sobre el Hombre. Esta reflexión ética tiene su polo inmediato de referencia en la persona humana y en su valor trascendente, y su referencia última en Dios, que es el Valor Absoluto. En esta perspectiva, resulta

obligada y espontánea la confrontación con la Revelación cristiana e igualmente fructífero el cotejo con las concepciones filosóficas corrientes, con lo científico-empírico, según la interpretación ontológica correspondiente, pero yendo más allá de los hechos científicos, y luego, a nivel axiológico, abrirse a la Revelación sobrenatural” [2].

Es decir, la Bioética, tal como le ocurre a la ética filosófica, experimenta el desafío de la secularización o de la interpretación que de este fenómeno cultural tengamos en relación con la identidad de la ética. Entendemos por secularización el intento de recuperar la autonomía perdida desde que el Hombre, por diversos motivos, había querido buscar exclusivamente en Dios la explicación de todos los fenómenos naturales. Distingamos ya entre laicismo, que excluye a Dios de la consideración del bien y del mal en asuntos de moral, y la secularidad, la cual bien podríamos aceptar como reto actual para el cristiano.

Nos dice el Concilio Vaticano II en su *Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo moderno*:

“Si por autonomía de lo terreno entendemos que las cosas y las sociedades tienen sus propias leyes y que el Hombre debe ir

[2] *Ibidem*, pág. 74 s.

conociéndolas, empleándolas y sistematizándolas (...) eso es absolutamente legítimo (...) por cuanto responde a la voluntad del Creador. Pero si autonomía de lo temporal quiere decir que la realidad creada no depende de Dios y que el Hombre puede disponer de todo sin relacionarlo con Él, entonces no hay ni uno solo de los que admiten su existencia que no vea la falsedad de tales palabras".

c.1) Pensamos que es preciso rescatar algo de la motivación de la denominada "ética autónoma", a saber, el intento del Hombre moderno de actuar por convencimiento interior, de autogobernarse y ejercer responsabilidad sobre el mundo.

Reconocemos que es preciso encontrar una metodología que permita hacer presentes los valores de la ética cristiana en la sociedad moderna y secularizada. Dice E. López Azpitarte:

"En un mundo como el nuestro, nadie podría negar que cualquier obligación ética por la fuerza de la autoridad y sin una explicación razonable suscita el rechazo y la agresividad... Hay que pasar de una moral heterónoma e impositiva a una conducta autónoma y adultamente responsable" [3]

Pero la secularización en el sentido de *lai-cismo* puede suscitar alguna modalidad fideísta, por cuanto la aceptación de unos contenidos éticos no depende tanto de las justificaciones racionales como de los motivos sobrenaturales en los que se apoyan.

c.2) Así pues, la Bioética integral, al igual que la ética filosófica, deben armonizar la relación entre los aportes de la razón y los de la fe en complementariedad integradora y no como mera tolerancia mutua.

d) La Bioética, a semejanza de la ética en general, se debate también entre posturas en tensión, generando un cierto dualismo polarizante que puede reducir los temas bioéticos a un polo, desvirtuando la integridad conceptual de un tema y, de ese modo, desafiando su identidad como disciplina. Por ejemplo: La ética contemporánea ha oscilado entre un individualismo liberal, centrado en el principio de autonomía floreciente en un contexto cultural liberal de pluralismo ético y un comunitarismo, centrado en el principio de justicia social que, en algunos contextos culturales, redundaba en una visión colectivista y totalitaria de la sociedad.

Esta oscilación se refleja en una Bioética autonomista opuesta a otra contractualista [4].

[3] López Azpitarte, E.: "La ética cristiana: fe o razón", en: *Cuadernos de fe y secularidad*, n.4, 1988, 5 - 31.

[4] Cf. mi libro *La relación médico - paciente*, donde se elabora esta polaridad.

e) La polarización en la Ética filosófica contemporánea y su reflejo en la Bioética, particularmente en la ética clínica, puede resumirse como una tensión entre:

- Individualismo - colectivismo;
- derechos individuales - deberes comunitarios;
- autorrealización - autorrenuncia;
- autonomía - entrega de sí mismo;
- pluralismo - dogmatismo;
- normas subjetivas - normas objetivas.

Ninguno de estos polos puede ser el fundamento de la ética pues estaríamos estancados en el dualismo reduccionista característico de la *mentalidad mecanicista* que expondré oportunamente.

Ni la ética de los mínimos del liberalismo pluralista, defensora unilateral de los derechos individuales, ni la ética de responsabilidad comunitaria que menoscaba la singularidad de la persona, fomentan una visión total de la persona en su integridad. De modo que ni una ética de los derechos ni una ética de los deberes resultan autosuficientes para una justificación racional de la experiencia moral.

Mientras cada polo de la dualidad aquí expuesta se afirme con exclusividad e independencia del otro y, en la medida en que cada polo ignore a su opuesto -o, peor aún, intente asimilarlo-, caeremos en la fragmentación de la vida moral ca-

racterística de la cultura posmoderna.

La fragmentación refleja una mentalidad reduccionista, es decir, una tendencia intelectual a interpretar la totalidad de una estructura en términos de una de sus partes, y de interpretar en etapas separadas procesos que presentan una continuidad. A su vez, a la parte y etapa seleccionadas se les asigna una prioridad, si no en el orden del ser, sí en el del conocer y valorar.

El reduccionismo y la fragmentación resultantes reflejan la corriente mecanicista que afecta la cultura moderna y posmoderna influyendo sobre el pensar, el sentir, el amar y el actuar. El mecanicismo en la Ética puede reducir a la persona a un átomo individual, ontológicamente independiente del orden objetivo e inteligible de lo real y, por ello, interpretado como forjador del sentido y valor de su entorno y circunstancias. Otra variante del pensar mecanicista, a modo de posible reacción polarizada a la reducción anterior, postula a la persona como un eslabón sustituible y manipulable al servicio de una colectividad determinante de su sentido vital y valor personal.

2. De modo que, para asegurar la identidad y fundamentación de la Bioética, es preciso elaborar una antropología filosófica capaz de apreciar y armonizar las diversas dimensiones de la experiencia de

ser persona, de su corporeidad, afectividad, voluntad, intelección y aspiración espiritual en cuanto ser individual y solidario en la búsqueda del bien común.

a) Hemos de integrar los objetivos positivos de las diversas modalidades de la Bioética superando los dualismos y las fragmentaciones reduccionistas (designados como mecanicistas), afirmando que una ontología del ser persona y una racionalidad sustancial promueven mejor la cultura de la vida como objetivo principal de la Bioética en su sentido genérico y original.

b) En cuanto propuesta para que la Bioética se mantenga atenta a la vida, reconozca su propia historia y fomente su fundamentación ontológica y epistemológica, presento el *pensar orgánico*, al que ya he aludido brevemente. A modo de introducción, puede decirse que el método orgánico permite al pensar interdisciplinario (Ciencia, Filosofía, Teología) configurarse como un itinerario ascendente de la razón en busca de la verdad análoga, en correspondencia con niveles en los que la realidad se presenta ante la persona pensante, actuante y capaz de afectos que procura captar la complejidad objetiva de la realidad. Como bien indica Horacio Sosa en su importante obra *El desafío de los valores*, el pensar orgánico es realista, diversificadamente totalizador, centrado, simbólico,

perspectívico, de orientación vital (págs. 105-6) En el curso de la exposición nos percataremos de la pertinencia de esta precisión sobre el pensar orgánico del P. J. Kentenich a nuestro tema. Hemos de reconocer que el pensar orgánico es realista al aceptar la prioridad óntica de los objetos que se nos presentan, sin imponer nuestro criterio subjetivista sobre estos. Resulta totalizador porque describe el balance y la interacción de las partes con sus funciones específicas dentro de un todo que les integra y apunta a una finalidad común. El pensar orgánico es centrado pues logra enfocar el núcleo de cada cuestión y entrelazar todos los demás aspectos en torno de este punto de referencia. Este modo de pensar rescata de la estrechez del racionalismo como del empirismo el sentido simbólico de la realidad, a modo de culminación de una serie interpretativa de sentidos cada vez más elevados hacia una trascendencia. Orgánicamente visto, el pensar asume varias perspectivas en complemento, de modo que se pueda pasar del concepto universal a la individualidad concreta, de lo abstracto a lo vital, sin por ello destacar un polo a exclusión del otro. Como nota destacada del pensar orgánico, está su orientación hacia la vida, lo cual le presta una notable relevancia a las preocupaciones prácticas que atañen a las relaciones interpersonales que caracteriza la Bioética Personalista ante sus diversos temas.

Si ya habíamos presentado la dinámica natural de la razón en su búsqueda de la verdad, por analogía, la dimensión orgánica expresa la "brújula" que esa razón usa al partir y retornar a lo vital, sin perder de vista lo central en un tema pero abarcando la totalidad real de algo más, siendo atenta a las implicaciones simbólico-trascendentales.

Los tres ángulos del triángulo, según gráfico de Sgreccia (véase gráfico # 1), quedan ordenados y jerárquicamente configurados en una figura abierta en el último ángulo, porque existe un principio de unidad y orientación: la capacidad y disponibilidad de la razón para conocer la verdad en su objetividad, por su significado analógico y su anhelo de no detenerse ante el interrogante de los últimos cuestionamientos, tales como el porqué y el para qué de la existencia.



c) La Bioética del Personalismo ontológico y de racionalidad sustancial, enmarca-

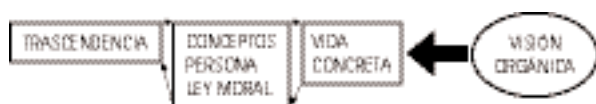
da en la mentalidad orgánica, no es el resultado de la suma total de una serie de competencias intelectuales o disciplinas interesadas en la vida, la salud y el ambiente, ni tampoco es la simple aplicación de principios *a priori* de la Ética filosófica o de algún código de excelencia profesional. Surge, más bien, como una nueva disciplina establecida por el itinerario mismo de la razón humana que juzga responsablemente, a la luz de una conciencia formada según un criterio objetivo, frente a las exigencias del ser persona en su plenitud ontológica, lo cual incluye apertura a lo divino.

Pensamos que esta Bioética integral no necesita ser agnóstica en su secularidad, ni tampoco ser una postura confesional cerrada al diálogo. Aspira a funcionar como base de interdependencia entre el planteamiento de profundidad conceptual, la sensibilidad y afectividad vital y la trascendencia del espíritu, apuntando en dirección de las esferas religiosas. Intenta fomentar la eficacia práctica al confrontarse con la vida y sus exigencias. A la hora de aplicar la antropología y la ética a la vida cotidiana -lo cual incluye, de modo particular, el amor- se sustenta en un nuevo paradigma teórico-práctico presente en el pensar orgánico, en virtud del cual se procura equilibrar los aportes del pensar teórico y los de la decisión práctica, conjugar la reflexión racional con la iluminación de la fe, complemen-

tar la ética con la espiritualidad; es decir, integrar idea y vida en un contexto natural, pero en apertura a lo sobrenatural.

d) Ha de ser una Bioética basada en la persona en su carácter individual y para la persona en su aspecto comunitario, al igual que atenta a la trascendencia religiosa que la distingue. Ha de ser una Bioética capaz de armonizar las exigencias de la dignidad de ser persona en cuanto capaz de autonomía, pero responsable ante un criterio objetivo que emana de su propia racionalidad natural (ley moral natural).

Debe ser un medio para conjugar, en el orden educativo, la libertad de ser persona y la obligatoriedad de la ley moral natural.



e) *Perspectiva orgánica* [5]

Los componentes de esta mentalidad orgánica son históricamente identificables pero su configuración me parece novedosa y creativa, al igual que prometedora de un modelo que facilita y regula la integración que la Bioética Personalis-

ta, asociada a la ley moral natural, exige para su propia identidad como estudio interdisciplinario.

Lo orgánico nos presenta un horizonte de riqueza teórica al examinar la realidad como una totalidad de unidades en interacción e interdependencia. Acentúa la presencia real de lo divino o la trascendencia de la Causa Primera en el orden de la creación, a la cual se le reconoce su autonomía y causalidad secundaria.

Al insistir en las vivencias personales profundas, en las que se integra incluso lo instintivo, y exigir que la conducta humana se base en la convicción y no en una mera conformidad externa, lo orgánico conduce a una práctica profesional y a una vida de gran autenticidad. Se puede comparar esta mentalidad con una cultura y estilo de vida que incluye la visión de la persona en todas sus dimensiones y en sus múltiples interdependencias vinculantes con el entorno social, histórico y físico. Es decir, la mentalidad orgánica es profunda porque toca la raíz existencial (en alemán: *Gemüt*) de la persona y abarca todos los contextos de su desarrollo.

Iniciemos nuestra exposición de la Bioética Personalista-ontológica según la racionalidad moral de la ley moral natural, enmarcada en la perspectiva orgánica.

[5] Cf. Kantenich, José, *Jornada de Navidad*, 1967.

II. EXPOSICIÓN

A. La persona y el "Hombre nuevo". La perspectiva orgánica asegura el enfoque de la totalidad de la persona, tanto en su dignidad e integridad individuales, como en la solidaridad comunitaria y su apertura a la trascendencia.

A efectos de nuestra exposición, tomamos como punto de referencia histórica el Personalismo realista y tomista, que presenta una afinidad especial con el Personalismo ontológico de Sgreccia quien, a su vez, representa un núcleo conceptual para la mentalidad orgánica que exponemos en este tramo.

1. Sgreccia nos dice:

"El Personalismo clásico de tipo realista y tomista (sin negar este componente existencial -autodecisión y elección- que constituye el destino y el drama de ser persona) pretende afirmar también, y prioritariamente, un estatuto objetivo y existencial (ontológico) de la persona. La persona es, ante todo, un cuerpo espiritualizado, un espíritu encarnado que vale por lo que es y no sólo por las opciones que lleva a cabo. Mas aún, en toda elección la persona empeña lo que ella es, su existencia y su esencia, su cuerpo y su espíritu; en toda elección se da no sólo el ejercicio de la elección, la facultad de elegir, sino también un contexto

de elección, es decir, un fin, unos medios y unos valores.

"El Personalismo realista ve en la persona una unidad, la unitotalidad de cuerpo y espíritu que representa el valor objetivo de la persona, del que se hace cargo (y no puede dejar de hacerlo) la subjetividad, respecto tanto de la propia persona como de la persona ajena. No se puede disolver a la persona humana y sus valores en una serie de elecciones, sin una fuente de la que provengan esas opciones y sin los contenidos de valor que expresan".

2. Por su claridad y amplitud de exposición, de la obra de Sgreccia, cito la reseña que de la misma nos ofrece mi ilustre colega portorriqueño, Jorge Ferrer, en su reciente obra (*Para una filosofía de la Bioética*, 2003). Dice sobre Sgreccia:

"Para mostrar el valor objetivo de la persona, su dignidad, es preciso fijarse en su estructura ontológica. Para ello, el primer aspecto que es necesario destacar, desde el punto de vista del autor, es el carácter espiritual, intelectual y moral de la persona. Es preciso superar el materialismo, el monismo biológico, que ha imperado en el mundo de las ciencias. Dicha superación se puede conseguir si se redescubre la espiritualidad del alma humana. A pesar del énfasis de los existencialismos en la existencia y en la li-

bertad del ser humano, que le permiten afirmar su singularidad, Sgreccia sostiene que la primera cuestión que hay que resolver es la de la esencia del ser humano. En la realidad, sólo existen las cosas reales y éstas son simultánea realización de existencia y de esencia: realización de la existencia en una esencia. Desde su punto de vista, la primera cuestión para el filósofo es la que se refiere a la esencia, por más que en el orden de la realización de las cosas sea la existencia la que marca el paso de la pura potencialidad a la realidad del ser. En nuestro caso, es preciso determinar la esencia del hombre. Y el problema de la esencia del ser humano va ligada a la cuestión de su carácter espiritual: ¿Es el hombre existente en la realidad cuerpo y espíritu o es mera corporeidad? Sgreccia define la esencia de la persona humana como corporeidad y espiritualidad unidas. El ser humano es espíritu encarnado y cuerpo espiritualizado. Y pasa enseguida a probar la espiritualidad del alma humana, reconociendo que no puede ofrecer una argumentación exhaustiva en el contexto de un manual de Bioética. Alude, por ejemplo, al argumento basado en el principio de la proporcionalidad entre causa y efecto. En el ser humano constatamos actividades de carácter biológico y corpóreo que se pueden explicar, al igual que en los demás animales, por la vitalidad vegetativo-sensorial. Pero el sujeto humano presenta también activi-

dades que tienen un carácter inmaterial, como la capacidad para tener ideas universales, la capacidad de reflexión, la libertad y el amor espiritual y altruista. Estas actividades, sostiene Sgreccia, no se explican si no existe un principio o fuente de energía de orden superior, que no se puede identificar con la materia. Es, pues, necesario postular un principio inmaterial y espiritual. Un segundo argumento para demostrar la espiritualidad del alma es la capacidad dialógica del yo: la capacidad para establecer una relación del 'yo' con un 'tú', de 'ser en el mundo con los otros'. Esta formulación se encuentra, sobre todo, en los autores de inspiración existencial y personalista, como Heidegger, Marcel, Buber y Lévinas. La existencia del 'yo', en cuanto realidad espiritual, fundamenta la posibilidad de la relación con el tú y del nacimiento del 'nosotros', incluyendo la relación con el Tú trascendente. La espiritualidad del alma, una vez que se reconoce, comporta otras dos consecuencias: el alma no puede derivarse del cuerpo y el alma es espiritual. Sgreccia postula, sin demostrarlo, el principio de la imposibilidad de derivar lo espiritual de lo material. De ahí concluye que el alma debe tener un principio originante espiritual y la tesis de la creación inmediata del alma individual: Dios mismo crea inmediatamente cada alma espiritual. En cuanto a la inmortalidad, Sgreccia la deriva de la inmaterialidad

del alma. Sostiene que se trata de una conclusión que no depende de la fe cristiana, si bien la revelación la confirma y le confiere mayor certeza. En su opinión, es una conclusión que se sigue necesariamente de la demostración de la espiritualidad del alma humana. Siendo espiritual no puede corromperse y dejaría de existir solamente por voluntad del Creador, que la ha llamado a la existencia. Solamente a partir de estas consideraciones sobre la espiritualidad del ser humano se podrá valorar adecuadamente su corporeidad. Refiriéndose a Santo Tomás, Sgreccia recuerda su doctrina de la unión substancial entre alma y cuerpo, siendo el alma inmortal la forma substancial del cuerpo. Ello implica que el cuerpo es humano precisamente por estar animado por un alma espiritual. El cuerpo humano tiene un significado personal, en cuanto es la encarnación espacio-temporal del espíritu, pone al espíritu en relación con el mundo y con los otros. Si el cuerpo recibe toda su consistencia y riqueza de la unión con el espíritu, sin el cual no puede existir en cuanto cuerpo viviente, todo acto médico y toda intervención en el cuerpo de una persona tendrá que tener en cuenta este dato fundamental: se trata de la acción de una persona sobre otra, a través de la corporeidad”.

3. Las implicaciones éticas de la antropología personalista son contundentes:

“De esta unidad substancial entre el alma y el cuerpo deriva, el autor, importantes consecuencias éticas. En primer lugar, el valor de la vida humana, que solamente se puede poner en peligro cuando están en juego bienes espirituales trascendentales de la persona. En segundo lugar, está la integridad de la vida y del cuerpo, que solamente puede ser comprometida cuando está en juego la misma vida física o bienes morales superiores (...). El aspecto objetivo y el aspecto subjetivo de la persona están en referencia mutua e implicados en una ética personalista. El valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en las consecuencias.”

4. Según la experiencia y visión orgánicas que enmarcan al Personalismo ontológico, del cual deriva su fundamentación objetiva, el acto moral tiene como dinámica una conciencia de intención bondadosa, lo cual supone la subjetividad de la persona orientada al bien objetivo que la verdad de su ser persona avala. Y supone, además, una conciencia de rectitud en la acción específica y concreta: en efecto, a la hora de actuar ha de juzgar y decidir individualmente pero en armonía o regulada por el bien objetivo.

5. De la concepción de persona en su sentido substancial se deriva una con-

cepción de su valor expresada en el concepto dignidad. Una reflexión profunda de lo que significa teóricamente ser persona nos conduce a su evaluación en términos de dignidad y respeto como bien intrínseco. En efecto, la persona no es mero instrumento o medio, ni mucho menos, algo reductible a sus componentes y funciones, algo manipulable o sujeto a diseño.

a) La dignidad de la persona descansa en su ser y no en su funcionar, de modo que se es persona desde que se inicia en el modo de existir distintivo de su ser (fecundación, constitución del cigoto) y se proyecta hasta el cese total de su integridad como ser encarnado (muerte encefálica).

Sobre la dignidad, nos dice León Correa:

“Digno es aquello por lo que algo se destaca entre otros seres en razón del valor que le es propio (...) lo que debe ser tratado con ‘respeto’ (...) con ‘miramiento’ por su valor intrínseco” [6]

b) A su vez, Joseph Seifert presenta una configuración del sentido de la dignidad del ser persona que comprende las siguientes dimensiones:

b.1. Dignidad en cuanto expresión de

la excelencia o valor exclusivo e incommensurable del ser persona.

b.2. Dignidad en cuanto sujeto de naturaleza racional, volitiva y capaz de formar una conciencia moral y de actos religiosos.

b.3. Dignidad en cuanto expresión de un valor inalienable y no negociable.

b.4. Dignidad en cuanto objeto de respeto moral y legal, lo cual hace intrínsecamente malo todo lo que viole esa dignidad.

b.5. Dignidad en cuanto expresión de un valor mas allá del cual nada (excepto Dios) puede concebirse, es decir, la dignidad surgida del hecho de ser amado por Dios en su ser.

Seifert nos ofrece cuatro raíces o razones que justifican la designación del valor de persona en términos de dignidad:

- Raíz ontológica: esencia substancial de la persona.
- Raíz funcional: emerge de la conciencia y las facultades distintivas.
- Raíz axiológica-ética-espiritual: responde a la trascendencia y a la formación del carácter, lo cual incluye rasgos psicosociales: vínculos exter-

[6] Correa, León, *Cuadernos de bioética*, 12, 4, 1992, pág. 11.

nos y talentos individuales.

6. La persona es depositaria de entendimiento, voluntad, conciencia y autoconciencia; teje vinculaciones comunitarias; se trasciende a sí misma, particularmente, por medio del amor; está orientada hacia sus semejantes y hacia la Persona Divina. Todo ello nos habla de su dignidad. Pero también de su interioridad y singularidad.

a) Es decir, el valor que le es propio al ser persona supone una captación de sí mismo como interioridad. Ahora bien, esa interioridad supone y exige la autopertenencia de sí y la singularidad.

b) La autopertenencia como estructura del ser nos facilita la comprensión de la forma de actuar desde la interioridad. La persona experimenta la pertenencia a sí mismo al recogerse en su interior y evitar la distracción y la dispersión de su concentración espiritual. Así se capacita para enfocar mejor el presente, no como un conjunto de impresiones ante las cuales simplemente reaccionar, sino como una invitación a su responsabilidad, para lo cual necesita la memoria del pasado y la proyección hacia el futuro en una continuidad interior que estructura el "yo" profundo.

c) Es precisamente esta autopertenencia, que puede suponer soledad, la que con-

diciona y se presenta como espera de una comunión entre personas en entrega mutua.

d) Es necesario hacer dos aclaraciones en torno de la autopertenencia:

En primer lugar, autopertenencia no equivale a existir por cuenta propia, a ser independiente en cuanto a ser en sí. El ser persona es creado y dependiente de un Ser Supremo. Su existencia admite la experiencia de sí mismo fruto de un recogimiento centrado en un interior que es punto de referencia que le muestra la integridad de su ser.

En segundo lugar, la manifestación de autopertenencia no agota el significado de ser persona. El feto y el paciente en coma, si bien carentes de autopertenencia, son personas. Por eso, es preciso destacar la dignidad inherente al ser en sí de la persona en su sentido ontológico.

e) Por último, destacamos la singularidad de cada persona. Cada cual es persona según una modalidad que le es única. No se trata tan sólo de dotación genética singular, ni tampoco de rasgos raciales, temperamento o capacidades intelectuales que resulten particulares de la persona singular. La singularidad en cuanto imposibilidad de repetencia (ni siquiera, por medio de la anunciada clonación) se arraiga en la profundidad del ser en su

existencia concreta. Nada más efectivo para captar esta realidad, tanto desde lo íntimo, como desde la perspectiva de otra persona: el amor en su modo más auténtico de afirmación del tú amado y de la entrega del yo en su totalidad y exclusividad.

Sólo así se puede actuar desde lo íntimo, manifestar una pertenencia a sí mismo y, a su vez, presentarse como agente responsable en toda otra experiencia. La persona en su interioridad, dignidad, autoperpetencia, integridad y singularidad es un valor primordial. Y esta es la piedra angular de la Bioética Personalista desde la perspectiva orgánica. La Bioética Personalista y orgánica, ha de partir de una experiencia de la existencia personal que incluya e integre todos los niveles del ser persona: espiritual, intelectual, moral, psicológico, social, emotivo, biológico, genético.

7. Resumamos la referencia al concepto *persona* indicando las cualidades que lo distinguen, aun cuando no siempre funcionen plenamente ni se presenten, como en el caso de los más indefensos (embrión), ni se manifiesten, como en los desvalidos (paciente en coma). Se trata de una concepción descriptiva de la vivencia de ser persona, tal como lo recomienda la perspectiva orgánica.

- *Actividad*: la persona es un ser que ha-

bla y hace, es un *homo faber* que se plenifica y desarrolla desde los diversos significantes de lo que hace. El ser humano hace cosas y, desde su acción, puede humanizar o deshumanizar su comportamiento y actitud ante la vida: de ahí la importancia de la valoración moral y humana de sus actos.

- *Autonomía*: la autonomía (del gr. *autós*: propio, mismo, y *nómos*: norma, ley) es un elemento esencial del ser humano, dado que cada persona es y debe ser capaz de autogobernarse, de regirse.

- *Libertad*: la libertad es la condición que mejor define el espíritu y la voluntad de los seres humanos. La persona es un ser libre, aunque no de forma absoluta, sino arraigada en unas circunstancias determinadas de tipo biológico, cultural, educacional, religioso, etc. Es un ser libre, pero no autárquicamente (no puede hacer cualquier cosa sin ningún tipo de límite), sino responsablemente.

- *Vulnerabilidad*: la persona es un ser vulnerable, careciente, débil y finito. Esta condición se nota en el sufrimiento y en la muerte. La vulnerabilidad es quizá lo terrible de, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, que sume al enfermo en la más absoluta de las dependencias físicas y psíquicas, y en la más profunda de las soledades.

- *Sensibilidad*: toda persona tiene sentimientos, posee sensibilidad emocional. La subjetividad y el estado de ánimo están presentes en todas nuestras acciones y relaciones humanas. Hay quien afirma, y esto genera una gran discusión entre profesionales sanitarios y familiares, que el enfermo de Alzheimer nunca pierde el nivel emocional y que, hasta el último adiós, siente a quien está a su lado.

- *Racionalidad*: la persona es un ser racional, piensa y tiene conciencia reflexiva de sí y de lo pensado, aunque no únicamente. Es mucho más que eso. Es, según Zubiri, una *inteligencia sintiente*, una *inteligencia emocional*; como dice D. Goleman, una fusión íntima de sensibilidad y racionalidad, aunque a veces estos pacientes sólo puedan mostrar su lado emocional.

- *Misterio*: la persona es, por definición, misterio. Un misterio fascinante, incosificable e inabarcable, que evoca y sobrecoge.

- *Trascendencia*: la persona es un ser abierto al misterio trascendente, a la realidad última de su ser y de todo lo que existe. El ser humano pertenece y vive en el mundo natural, pero tiene la capacidad o potencialidad de no limitarse a él. En cuanto ser personal, el Hombre es capaz de autotranscenderse, de poner su vida al servicio de una cosa más grande que sí mismo, de disponer de sí o, dicho

con palabras de Zubiri, de autoposeerse y ponerse a disposición de realidades mayores que su propia vida.

- *Intersubjetividad*: la persona es un ser social y cultural, un "ser en comunidad" (comunitario); vive con los demás y está en continuo proceso de realización personal.

8. Lo expuesto anteriormente sobre la dignidad, integridad, individualidad y trascendencia de la persona queda expresado en la frase paulina que retomara el P. Kentenich: *el hombre nuevo en la comunidad nueva*.

a) El *hombre nuevo* es aquel de personalidad autónoma, de una gran interioridad, con una voluntad y disposición permanente de decisión, responsable ante su propia conciencia e interiormente libre, que toma distancia tanto de una rígida esclavitud a las formas como de una arbitrariedad que no reconoce normas. Como veremos más adelante, el Hombre nuevo une autonomía con heteronomía al seguir las normas del ser y la ley moral natural.

b) La *nueva comunidad* se caracteriza así: es la comunidad perfecta basada en personalidades perfectas, ambas impulsadas por la fuerza fundamental del amor.

"Como imagen natural de Dios, el hombre es el ser que, de acuerdo a sus capacidades interiores, puede, quiere y debe decir 'tú'. Es el ser que está solo y, por

tanto, para sí mismo; que es único en su ser, en su tarea y en su vocación y que, en forma autónoma y como dueño de sí mismo, interiormente libre y consciente de su responsabilidad, está y debe estar librado a sí mismo, si no quiere retroceder a un estado primitivo y encogerse, disolverse y aniquilarse a sí mismo. Es el ser que lucha, al mismo tiempo, por la preservación y por el despliegue de sí mismo porque dice 'yo' en la medida en que lo hace, porque está predispuesto para el 'yo' porque, como dice Duns Escoto: de acuerdo a las capacidades de su ser está dirigido hacia sí mismo (persona est ad se). Pero también es el ser que, en virtud de las predisposiciones de su naturaleza, está referido a un tú personal y, por tanto, no puede prescindir de la comunión, del don y derramamiento de sí mismo o, como bien dice San Buenaventura, que está orientado hacia la otra persona (persona est ad alium). La luz de la razón nos muestra, además, que aquello que la persona en su soledad y clausura representa y adquiere para sí misma, quiere regalarlo, junto al don de sí, al tú personal, en virtud del impulso natural hacia la comunión que lleva en su interior. En efecto, la luz de la razón nos dice que la verdadera comunión, la comunidad de corazones, la fusión y el intercambio de corazones entre el yo personal y el tú personal, sólo son

posibles si el yo personal desarrolla plenamente lo que le es propio y lo lleva desinteresadamente al tú. Y sólo la entrega al tú, con su amplia apertura y con la prodigalidad que suscita, logra como efecto retroactivo, el pleno desarrollo y la plena madurez de la personalidad" [7]

9. En este punto de la exposición, creo poder indicar un rasgo distintivo de la mentalidad orgánica respecto del ser persona que se acentúa aún más al exponer el tema del juicio de la conciencia y la decisión moral según la Bioética integral Personalista.

a) La visión orgánica se inspira en el aprecio a la vida, entendida ésta como lo que es capaz de crecer y como una entidad cuyas partes están en íntima y permanente interacción, generando así una totalidad de dimensiones interdependientes. En el contexto existencial de la persona, entendemos por *orgánico* la configuración de sí mismo experimentada como una totalidad interactiva de dimensiones múltiples que, a nivel prerreflexivo, revelan la riqueza del ser persona: vivencia de impulsos físicos, anhelos de verdad y bien y orientación hacia lo espiritual. Pero todo esto como realidades previas a la articulación reflexiva por parte del sujeto y a sus posibles conflictos y tensiones internas.

[7] Kentenich, J., *María, Madre y Educadora*, 1954, págs. 339 - 356.

b) El pensar orgánico (a diferencia del pensar racionalista que mecaniza o cosifica lo real, fragmenta la realidad y aísla cada parte de su conexión con la vida humana) procura mantener la vinculación del objeto enfocado con el sujeto que lo percibe y lo aprecia en cercanía a su vida, para despertar y fomentar esa vida.

c) La psicología en el pensar orgánico nos pone en contacto con los procesos vitales y más sensibles de la interioridad de la persona (consciente, subconsciente, inconsciente) en su desarrollo individual y a través de su temporalidad. Su visión orgánica la encamina a lograr una integración conceptual de lo que significa ser persona en el ámbito de la substancia/esencia universal y de la vivencia personal en el ámbito de la historicidad singular de cada persona.

d) Este nivel existencial es muy importante pues nos revela la influencia de la interioridad del ser persona y, en especial, la fuerza de lo afectivo y el aporte del corazón al entendimiento del yo individual y único. Es, precisamente, en el nivel existencial en su totalidad orgánica donde surgen los interrogantes ineludibles de la vida y, sobre los cuales, la Bioética Personalista debe reflexionar y pronunciarse: inmortalidad y mortalidad, dolor y sufrimiento, permanencia y devenir, intimidad y separación, comunidad

e individualidad, comprender por la razón y entender por la fe.

10. Siendo la persona, con su dignidad inherente, la piedra angular de toda Bioética y criterio de sus funciones analíticas y recomendaciones prácticas en torno a los temas que le competen, es preciso ahora derivar de este fundamento los juicios morales. Pero hemos de destacar que la Bioética Personalista, al asumir la visión orgánica, a la hora de entender la conducta moral se compromete a tomar como punto de partida la experiencia de la existencia personal que abarca e integra diferentes dimensiones: espiritual, intelectual, moral, social, psicológica y biológica. El principio integrador será la razón práctica.

B. Ética de la ley moral natural. La perspectiva orgánica promueve una ley moral natural viva y respetuosa de la autonomía personal. Reconoce la interdependencia de lo objetivo y lo subjetivo en la moral, acentuando por necesidad histórica lo objetivo. Responde a la secularidad aportando una racionalidad natural, pero en apertura receptiva a la iluminación de la fe [8]

1. Es interesante destacar la diferente concepción de autonomía moral de las éticas modernas respecto de la persona-

[8] Cf. Apéndice II: *Ley natural y Bioética según comentarios de M. Rohnheimer, "Dignity and Person..."*

lista. En efecto, las éticas modernas y neokantianas prescinden de cualquier referencia a una ley, verdad objetiva o normativa previa al juicio de la conciencia. Se trata de una autonomía *constitutiva*, según la cual el agente posee competencia para conferirse a sí mismo una ley moral. El deber, en este caso, es el resultado de una autoimposición del sujeto que, sin vincular su decisión a ninguna referencia normativa (la ley natural, la verdad del cuerpo, la ley de Dios, el derecho, etc.) se autolegista, se autoimpone aleatoriamente lo que juzga moralmente bueno, convirtiéndolo en su *deber*.

Permítaseme ilustrarlo anticipando una de las aplicaciones que nos ocuparán más adelante (Parte III): si se trata de un médico, sus decisiones sobre el cuerpo de un paciente no se atienen a juzgar el *significado* integral del acto que ejecuta, sino que descansan en la certeza moral de que las decisiones del acto médico o quirúrgico que va a llevar a cabo serán, presumiblemente, útiles al paciente; y esto ya desde su visión y desde la del paciente. Como telón de fondo de su decisión, se ve asistido por otra certeza teórica: que esa acción es una de las posibles y aceptadas por la Medicina científica. En suma, el acto médico ha quedado esencialmente decidido por su voluntad, sin plantearse ninguna referencia al significado moral de ese acto, según alguna otra instancia normativa ajena a la Me-

dicina y a lo que él cree en conciencia, es decir, sin legitimarla con una norma previa: es la autonomía kantiana. El juicio moral personalista, por el contrario, busca legitimar el interés utilitarista de la acción (el acto médico) con la *verdad* de ese acto y su relación con el *bien* integral de la persona. Es decir, el acto médico (además de ser útil y eficaz, respondiendo al interés que lo promueve) debe respetar una instancia superior, universal, extra médica, de naturaleza moral, que es el bien de la persona, que es, en suma, el respeto a su dignidad entendida como su identidad más profunda.

La moral se refiere a la determinación de cierta forma de actuar con relación a sí mismo y con los demás. La apertura existencial del ser persona revela la posibilidad de la responsabilidad y la disponibilidad nos orienta hacia la benevolencia. Ambos aspectos (responsabilidad y benevolencia) sugieren que la persona en su vivencia original se orienta intencionalmente hacia cuestiones morales.

2. La perspectiva orgánica nos anima a intentar la armonía entre la subjetividad y la objetividad en la moral. Contamos con la inspiración de Sgreccia quien indica:

“En el momento del juicio íntimo sobre lo realizado predomina la subjetividad; pero en el momento normativo y deontológico, prevalece el valor objetivo al que

hay que adecuar cada vez más la actitud subjetiva. La certeza deberá buscar cada vez más la verdad."

3. A fin de arrojar luz sobre el tema, consideremos dos puntos esenciales: la descripción del acto humano moral y el establecimiento del criterio para discernir cuándo un acto es moral o no (fundamentación de la moral) [9]

a) ¿Qué es un acto moral?

Un acto moral es el que puede ser atribuido a un agente, lo cual supone responsabilidad, y es merecedor de alabanza o censura. El acto moral está condicionado por ciertas características del agente, a saber: que tenga la intención deliberada de efectuar la acción, que examine la racionalidad de la misma y se decida por convicción propia a consumarla. El agente tiene que estar motivado para optar por tal o cual acción específica, descartando así otras posibilidades de actuar. Vale decir que el agente es autónomo y personalmente responsable de la acción propuesta.

El agente de la acción es moral cuando es consciente del contenido, circunstancias y consecuencias predecibles de la acción; cuando está motivado e intencionalmente dirigido a un fin que eligió personal-

mente y para el cual puede ofrecer una justificación razonable y responsablemente asumida por convicción interna. Esta consideración nos conduce al segundo punto.

b) ¿Qué criterio puede considerarse razonable para justificar un acto como moralmente responsable?

Mencionaré las principales teorías formuladas a lo largo de la historia de la filosofía de la moral, y luego seleccionaré la que mejor se integre al Personalismo de visión orgánica.

- Se puede presentar como criterio el postulado de una ley eterna, decretada por Dios y obligatoria para todo ser humano. Lógicamente este criterio supone pruebas metafísicas o algún análisis de la experiencia humana que requiera, para su pleno significado, la existencia de un Dios persona.
- Otros sostienen que el criterio moral es establecido por la sociedad y su obligatoriedad se extiende sólo a los miembros de la misma por acuerdo o contrato social. Esta postura conduce a una ética de mínimos o de contenidos indispensables para que pueda existir la convivencia y a la resolución de conflictos por medio de consenso

[9] Cf. Seminario I: *Sobre la formación de la conciencia*.

democrático. En este caso, se hace una reflexión ética sobre los procedimientos analizados, hasta que se puedan establecer acuerdos en común, pero sin centrar la atención en bienes substanciales de carácter universal y necesario, ya que supuestamente estos no se manifiestan de modo objetivo. Se pone, además, el acento en la autonomía individual.

- También cabe la posibilidad de postular los imperativos morales como inherentes a la naturaleza humana o al ser persona, la cual, por medio de su razón, los descubre como dictados con validez universal y necesaria, y ante los cuales la voluntad ha de responder o no pero, en todo caso, manteniéndose responsable ante ellos. Nos detendremos en este último criterio, pues representa la teoría de la ley moral natural congruente con el ser persona y su dignidad.
- Antes mencionaré otro que goza de cierto grado de popularidad en círculos de extremo liberalismo: se trata de un criterio que difícilmente justifica el acto moral, a lo sumo sólo lo explica: no existe ninguna norma o ley, ni divina ni humana, sino que cada individuo debe crear una norma mediante sus preferencias, las cuales funcionan como criterio. Para este modo de ver las cosas, el simple hecho de se-

leccionar una acción en el plano personal fundamenta el valor de dicha acción.

Creo reconocer un denominador común en estas cuatro posiciones, lo cual no implica proponer una síntesis ecléctica de las mismas, sino seleccionar lo que nos parece un presupuesto común. De modo que no importa cuál sea el criterio aceptado como fundamento moral porque, en última instancia, es la conciencia de la persona la que discierne el bien y la que, en virtud de tal discernimiento, juzga y decide la acción que realizará. Vale decir que, si existe experiencia moral, es porque la persona es específicamente capaz de evaluar y aceptar, por íntima convicción, una norma, ley o decreto.

c) Busquemos en la condición de ser persona el fundamento ontológico y no meramente psicológico de la moral. Se trata de la persona en su totalidad y no sólo de su razón o intelecto discursivo. Orgánicamente visto, acentuamos que la persona como ser encarnado está llamada a integrar los instintos y los sentimientos a la rectitud de la voluntad y a la iluminación de la inteligencia. La vida moral no es un conflicto entre espíritu y cuerpo ni entre razón y pasión.

d) Para descubrir, entender y afirmar la ley moral es preciso conocer el ser persona en profundidad tal como la mentalidad orgánica lo presenta. La Fenomeno-

logía como método descriptivo revela las experiencias concretas, mientras que las Ciencias de la conducta y las sociales dilucidan las motivaciones e influencias ambientales y culturales, señalan las dificultades para el ejercicio de la rectitud moral y examinan las influencias del subconsciente y del inconsciente sobre la decisión moral. En cambio, a la Filosofía le compete establecer el fundamento que justifique cuándo y por qué una acción es moralmente buena y correcta, en consonancia con el orden de ser revelado en la persona. Ese orden de ser que se manifiesta en la persona es, a su vez, una categoría ontológica que se enmarca en una visión del orden de ser general y objetivo. Como veremos, el orden del ser, la naturaleza humana o el ser persona es el fundamento que explica y justifica la ley moral natural, pero el análisis profundo de la racionalidad práctica nos revela en el orden del conocer la dinámica de la ley moral natural.

4. Ley moral natural - racionalidad práctica. Dicho orgánicamente: *ordo essendi est ordo agendi*. Pero en, por y para el amor: espiritualidad de la Alianza de Amor [10].

Hemos insistido en el fundamento antropológico de la ética, es decir, en la concepción de la persona en su ser como ba-

se para las normas morales (orden del ser). Pero, en un sentido preciso, el conocimiento o reflexión explícita sobre la naturaleza humana no es el punto de partida para captar y apreciar la ley moral y, menos aún, para el razonamiento práctico del sujeto moral (orden del conocer). Proponemos, más bien, que el concepto de naturaleza humana como equivalente al ser persona puede ser perfectamente el resultado de haber captado la dinámica de la razón práctica.

a) Es preciso captar primero el bien como objeto inteligible y deseable de parte de la razón práctica, para luego interpretar temática o explícitamente el concepto de naturaleza humana en su pleno sentido normativo. Conocemos ese bien inteligible por medio de la ley natural como principio cognoscitivo - moral. Es decir, el bien humano no es estrictamente un objeto correspondiente a un acto intelectual aislado. La realidad misma del intelecto (emanado del alma espiritual como forma substancial y principio vital de la corporeidad) constituye y formula lo que es realmente el bien para el ser persona en su totalidad y corresponde a la finalidad de cada aspecto de su ser. La ley natural es el conocimiento práctico, de percepción natural, del bien que se exige hacer y del mal que se exige evitar.

[10] Cf. Apéndice II: *Ley natural y Bioética según comentarios de M Rohnheimer*, "Dignity and Person..."

“El bien moral humano es esencialmente un (bonum rationis) bien de -para- y formulado por la razón. Sólo así lo natural es simultáneamente normativo (la razón práctica)” [11].

b) La razón práctica no refleja meramente la naturaleza. Al ser una participación activa en el intelecto divino (punto que analizaremos más adelante), la razón humana ilumina la naturaleza y la hace plenamente inteligible. La ley natural es el modo natural de lograr conocimiento práctico del bien humano. Se le dice *natural* no sólo porque los bienes deseados son descubiertos y no inventados, sino por presentarse como razonables desde su experiencia, a modo de anhelo, y también en su ejecución.

Es decir, verdad y bien se interconectan y constituyen recíprocamente. De ahí que una ética de la ley natural o de principio racional no pueda aceptar una metodología moral como las propuestas por el utilitarismo y el proporcionalismo, como tampoco la ética de situación.

c) ¿Cómo se adquiere ese conocimiento natural? Los actos del conocer no son actos de facultades individuales y aisladas, sino de la totalidad de la persona concre-

ta. Esa persona individual, dicho orgánicamente, es un conjunto articulado de intelecto, sentidos, vitalidad, es decir, es un espíritu encarnado quien conoce por medio del intelecto.

La persona humana es esencialmente un cuerpo viviente, animado por un alma espiritual que permite a lo corpóreo, o perteneciente al orden animal, actuar de modo que integre espíritu y materia bajo la dirección espiritual de la razón.

Cada inclinación natural posee por naturaleza su bien y finalidad propios, pero bajo una ordenación que las integra en virtud de la razón práctica [12].

d) Hemos visto que la ley natural es una combinación de juicios de la razón práctica, la cual prescribe y expresa imperativamente el bien que ha de hacerse y el mal que ha de evitarse, dentro del marco de los objetivos o finalidad de las inclinaciones naturales. Estas inclinaciones son muchas en cantidad y surgen de todos los niveles de la naturaleza compleja de la persona. Por ejemplo, Santo Tomás de Aquino nos habla de la inclinación a conservarse. Es una tendencia básica que, cuando se la sigue de acuerdo con la razón, se configura en armonía con otras

[11] *Veritatis Splendor*, N° 44.

[12] En la versión ampliada de este ensayo citaremos a Santo Tomás de Aquino, Cuestión 94, artículo 2 de la *Prima Secundae* y la exposición sobre este tema hecha por M. Rhonheiner, pág. 140.

necesidades, por ejemplo, de acuerdo a la justicia, benevolencia hacia el vecino y respeto al bien común.

Aplicado al tema de la vida, la inclinación natural de procrear, a la luz de la razón y según el ser persona, se transforma en amor entre dos personas, un amor exclusivo y único, indisoluble y fiel, mas allá, de la mera atracción corpórea. El matrimonio fiel y permanente entre dos personas en complementariedad sexual, unidos en la misión de dar vida uniendo su ser, muestra la verdad en sí de la sexualidad.

e) Las inclinaciones más importantes son las que emanan de la esfera espiritual: la inclinación natural a conocer la verdad, en especial la verdad sobre Dios, y la inclinación a vivir en sociedad, lo cual se presenta como la base del derecho natural. Una ley positiva o decretada por las instituciones estatales lo es en un sentido derivado y no propio, es decir, es expresión del derecho natural como principio normativo del bien que la justifica como ley positiva.

Resumen

Hemos superado la visión simplista de la ley natural como conjunto de normas de un orden natural que aparecería con evidencia ante nuestros ojos. La ley natural, más bien, se constituye a partir de los

juicios naturales de la razón práctica de cada persona, por la cual dicha razón descubre lo *razonable* en la naturaleza de ser persona.

La ley natural goza de significado ontológico, es decir, es expresión de la naturaleza humana y del orden moral arraigado en la naturaleza. Es decir, la ley natural en su sentido moral es equivalente a la naturaleza humana. La naturaleza humana universal determina los bienes en el sentido de metas últimas en armonía con la estructura de su ser. Precisamente esa naturaleza representa un orden o una disposición que la razón humana capta y la voluntad puede aceptar para orientar su juicio y decisión de acuerdo a la finalidad necesaria del ser humano. Por consiguiente, las normas morales encuentran su justificación en la interioridad del Hombre racional, pero sin menoscabo de la dimensión afectivo-emotiva. La razón humana descubre esta naturaleza al igual que los principios que la regulan. Es decir, en virtud de su inteligencia, el ser humano tiene la responsabilidad de configurar su intención, rectificar su acción y evaluar, según el bien y el mal, las consecuencias de su agencia moral de acuerdo con el criterio que su naturaleza le plantea.

5. La perspectiva orgánica nos permite ver en la teoría de la ley moral natural una ética autónoma, conjugada con las

virtudes, llena de vitalidad y, también, secular.

a) *Ética autónoma*

La ley emanada de la razón práctica del sujeto moral es específicamente humana en su dinámica normativa: es, simultáneamente, autopoiesis del sujeto y, por lo tanto, autónoma, pero, a la vez, participación responsable en el orden objetivo que se presenta ante la conciencia y que ha sido establecido por el Creador.

La ley natural surge a partir del sujeto pensante, actuante y sensible. La objetividad como fundamento de la norma moral consiste en el hecho de que, en este conocimiento natural del bien humano, se revela la verdad y el sentido profundo de la subjetividad, la verdad inherente a la razón práctica.

En este sentido, la ley natural es la norma moral que establece la verdad perceptible por el sujeto o persona como ser de inteligencia, voluntad y sentimiento capaz de realizarse a tono con un bien y verdad reales.

Mas allá de la falsa dualidad naturaleza/libertad, afirmamos una naturaleza humana que fundamenta la acción humana.

a.1. El ser humano desea experimentar su voluntad necesariamente orientada hacia la felicidad y nunca se inclina hacia la

infelicidad. Si bien la finalidad o bien perfecto no es de su libre elección, sí debe elegir los bienes particulares coherentes y conducentes a ese bien final.

Se habla de libertad o libre elección, no en relación con los fines y bienes constitutivos de la naturaleza, sino con los medios para lograrlo.

Al precisar la bondad o valor intrínseco de la verdad y del conocimiento de ésta, uno capta que se trata de un bien básico, no sólo para uno mismo en consonancia con la dignidad del ser pensante, sino para todos los demás. Se trata de un bien humano natural. Además del conocimiento de la verdad, se descubre otras posibilidades y oportunidades reconocidas también como bienes: la amistad o el compartir bienes con otras personas de modo desinteresado y desprendido del placer y de la utilidad individuales.

a.2. En cuanto a la ley moral natural, el pensar orgánico asume el principio tomista *ordo essendi est ordo agendi*: el orden del ser determina el orden del actuar. O bien *operatio sequitur esse*: el actuar se deriva del ser. Lo que significa que el ser determina el querer y el deber. Vale decir que, el orden de ser objetivo, expresión plena del plan divino para el Hombre en cuanto persona individual y social, determina el orden de vida y, con ello, al mismo tiempo, el fin y modo de educa-

ción. El ritmo objetivo del ser determina el ritmo de vida subjetivo, constituyéndose así en norma para la educación.

b) Al concebir la ley natural como lo hace Santo Tomás de Aquino, como un conjunto de principios inherentes a la razón práctica, se confirma la vinculación estrecha entre los preceptos de la ley natural y las virtudes morales que forman la conciencia del sujeto moral. Una teoría natural que tenga vitalidad incluye necesariamente las virtudes. Las virtudes no son otra cosa que disposiciones para deliberar, juzgar y decidir con bondad de intención y rectitud de acción. Las virtudes corresponden únicamente a la dimensión de la acción y transforman el interior o el carácter del agente moral o persona actuante. Es decir que las virtudes morales son la realización, a nivel concreto de acción, de la ley natural en cuanto hábito de juzgar y decidir por el bien en la vida cotidiana. Consideremos, por ejemplo, las virtudes de la prudencia y de la justicia conjugadas con la templanza y la valentía.

b.1. La ley moral natural cuenta con principios de primer orden y con principios derivados. Si los primeros gozan de evidencia en el razonamiento práctico, los segundos pertenecen a la razonabilidad, admitiendo variación de grados de certeza que la prudencia debe establecer. Es decir que, todo ser humano anhela y

orienta con prudencia su acción hacia la felicidad, aun cuando surjan diferencias de interpretación u ordenación de los bienes que configuran esa felicidad.

b.2. Desafortunadamente, la ley natural no siempre se capta y aprecia como es debido a causa de nuestra inteligencia limitada y como resultado del pecado original. Saber de la existencia de la ley no es equivalente a conocer con exactitud su contenido. La justicia modera con templanza y anima con valentía el intercambio de bienes entre las personas. La razón exige una disciplina u orden en la propia vida psíquica pero, también, el establecimiento de una armonía con y entre los semejantes. Para obtener la verdad en diálogo (verdad y consenso) bajo condiciones que hoy denominaríamos ideales, las personas en diálogo lograrán consenso si cumplen los siguientes requisitos:

- Conocimiento o educación amplios ("multidisciplinarios").
- Buena voluntad, benevolencia o nobleza propia de un espíritu magnánimo.
- Franqueza, incluso para admitir los errores y contradicciones propios, hasta el punto de poder retractarse.

Aun cuando se satisfagan estas condiciones de convergencia entre las personas en diálogo, no se contará con un criterio de verdad (coherencia interna con lo ar-

gumentado y correspondencia con la realidad) sino con un indicador o confirmación de que *la verdad puede estar presente*.

c) Para que la ley natural se presente con la vitalidad que propone la visión orgánica es preciso conjugar el principio magistral de la ética personalista: la acción, selección y disposiciones han de orientarse siempre hacia la realización integral del ser humano individual y comunitario, han de estar acompañadas de una conversión del corazón. Recordemos aquí la concepción del *hombre nuevo en, para y por la comunidad nueva* a la cual se ha aludido ya (sección B). Este ideal señala la importancia del amor para confirmar y vitalizar la conducta ética.

c.1. La autorrealización de la persona nueva, integrada a una comunidad también renovada, presupone una Alianza de Amor que supere la relación contractual de la ética de los derechos individuales y también la ética contractual o consenso que busca promover los bienes mínimos a fin de evitar conflictos. Mas allá del lenguaje de derechos y deberes, está el amor, porque el amor, cuando es auténtico, toma en cuenta los reclamos de la justicia comunitaria respetando, a la vez, la autonomía de la persona individual. La Alianza de Amor fomenta la obligación comunitaria a fin de lograr una unidad real transida de espíritu, y no un mero

compromiso de mínimos y de tolerancia acomodaticia. El amor armoniza las tensiones entre autorrealización y autorre-nuncia, entre autonomía y entrega de sí a otra persona representativa de un ideal trascendental.

La Alianza de Amor es esencialmente un intercambio de corazones. El corazón, a su vez, es núcleo de la personalidad en cuanto expresión individual del ser persona. En la mutua entrega se intercambian intereses y bienes individuales que pasan a ser bienes en común.

c.2. El concepto mismo de Alianza de Amor responde al anhelo profundo y representa una condición existencial de la persona de verse complementada, en su ser único de integridad y dignidad propias, por otro ser también único quien, en su integridad y dignidad, hace de su ser un don que se entrega libre y conscientemente.

En primer lugar, el ser persona es una entidad espiritual que, en dependencia de Dios Creador y Providente, necesita de la constante intervención de Dios para su plena realización como imagen y semejanza de Dios. De modo que, la primera y más importante dimensión de la Alianza de Amor es la filialidad divina. El Dios de la cristiandad se ha revelado a sí mismo como Dios que inicia gratuitamente la Alianza, invitando al ser humano a res-

ponder con reciprocidad amorosa y libre a fin de lograr su salvación. Es decir, en la entrega o abandono de sí mismo a un Dios persona, el ser humano se realiza a sí mismo. La santificación y felicidad plenas se identifican.

En segundo lugar, la Alianza de Amor con Dios responde al anhelo del alma de preservar la integridad e individualidad de la persona y no perder la personalidad, su imagen ante sí mismo y ante los demás. El Dios de la Alianza no es tan sólo un Dios espiritual, una idea inefable, sino una persona que ama a la persona humana individual, invitándola a responder originalmente a ese amor. De esta manera, asegura la bondad intrínseca de la persona, es decir, su dignidad que descansa en la relación filial con Dios. De esta dignidad arraigada en la Alianza se derivan la autonomía responsable y los derechos individuales en cuanto reclamamos para cumplir con los deberes que supone el ser hijo de Dios.

c.3. Otro aspecto de la vitalidad de la ley moral natural es su apertura a la dimensión afectiva.

Todo acto inteligente y bondadoso puede apoyarse y centrarse en un estado emotivo correspondiente. La persona busca integrar, por medio de la razón, in-

cluso las emociones conflictivas y discordantes. La sensibilidad y el afecto animan y colorean la acción iluminada por la razón y afirmada por la voluntad.

El carácter normativo o directivo de la ley natural depende de la influencia normativa de los bienes inteligibles.

d) Podemos decir que estamos ante una ética que, además de autónoma y vital, es secular pero no secularista o agnóstica. Es preciso admitir que el grado de evidencia racional práctica de la ley natural logra su plena inteligibilidad y humanidad a la luz de la Revelación, que el corazón acoge como apoyo del intelecto y de la voluntad.

La Encíclica papal *Fides et ratio* resume las razones por las cuales no debe existir oposición entre la razón que conceptualiza la naturaleza y la Revelación que la ilumina.

d.1. La fe exige que la razón contribuya a entender su objeto. De ahí que el creyente haya de aplicar su razón para adquirir un conocimiento natural, coherente y verdadero, tanto del universo y del ser persona, como también de la Revelación.

d.2. Más aún, la razón debe articular el conocimiento de lo revelado en términos de conceptos y debe argumentar [13]. Si

[13] Cf. *Fides et ratio*, 66.

no fuese posible, la palabra de Dios enunciada en lenguaje humano no sería comprensible [14].

d.3. Si existiese un abismo entre la naturaleza y la gracia, la Revelación no podría entenderse, con lo cual no se tendría la experiencia de una revelación. A su vez, la Revelación confirma, aclara y rectifica el conocimiento natural del propio ser y de la ley que lo orienta hacia el bien constitutivo de su propio ser.

d.4. Creo que la perspectiva orgánica es una postura optimista, pero no ilusa, respecto de la capacidad del Hombre para orientar su propia existencia. El P. Kentenich dice:

“El fundamento teológico de nuestro pensamiento ascético y pedagógico (...) de nuestro optimismo antropológico moderado, descansa en la doctrina del pecado original” [15].

Según esta visión orgánica, el Hombre está en medio del mundo como una pequeña providencia, encargado por Dios de llevar adelante la obra de la creación. Esa autonomía para dirigir la vida es un regalo de Dios (Causa Primera). La Revelación no reduce sino que garantiza la autonomía y responsabilidad ética de la

persona. Reconocer el papel de la fe religiosa en la agencia moral nos lleva a afirmar que, dentro de la totalidad orgánica, la espiritualidad es capaz de complementar el juicio y la decisión estrictamente éticas.

d.5. Más que hablar de una ética estrictamente cristiana se podría decir que la moral de los cristianos entraña un conjunto de valores que, tal vez, no exista en otros colectivos. Ninguno de estos valores puede ser considerado incomprensible para la razón, sin por ello desestimar las limitaciones de la razón (sobre las cuales nos llama la atención la época posmoderna). El conocimiento de un valor ético tiene una dimensión racional, pero exige también intuición y sensibilidad: la evidencia de un silogismo no lo resuelve todo. De ahí que la formación de la conciencia se complemente con la conversión del corazón.

No se logrará convencer a todos, pero sí debemos ofrecer propuestas razonables que no susciten la impresión de lo absurdo.

d.6. La perspectiva orgánica se esmera por articular la armonía entre inmanencia y trascendencia en la vida moral. Por eso se destaca la dimensión racional de la moral revelada como también la función de la

[14] Cf. *ibidem*, 84.

[15] Kentenich, J., *Jornada de Navidad*, 1967, pág. 197.

espiritualidad en la ética de la ley natural. No es que se acuda a la Revelación con la esperanza de encontrar soluciones para problemas éticos concretos que nos preocupan. Habría que decir que lo que Dios manda y quiere en el campo de la conducta es fundamentalmente lo que el Hombre mismo descubre que debe realizar. Es Dios mismo quien deja al Hombre, como ser dotado de autonomía y capaz de responsabilidad, que busque las formas concretas de vivir su amistad con Él. Tal vez nuestra obediencia no consista tanto en el sometimiento a los preceptos revelados cuanto en la docilidad a la llamada íntima y personal de la razón.

d.7. Sobre este último punto nos dice López Azpitarte:

"El creyente encuentra en el mensaje revelado no sólo la luz y el impulso que necesita, sino también un nuevo marco de comprensión, una cosmovisión totalizante que lo pone en espontánea sintonía con los valores más profundos: la entrega incondicionada a Dios, la opción por Jesús y su reino y la vida puesta al servicio de los demás, la esperanza de un éxito, el sentido de la realidad por muy negativa que aparezca, son otras tantas dimensiones que la fe descubre al creyente y que lo hacen más sensible, apto y más dispuesto a las exigencias éticas" [16].

d.8. Ni fe sola ni razón autosuficiente, sino complementariedad. Se trata de presentar el *ethos* cristiano como profundamente humano y razonable y hacer que la vivencia cristiana sea lúcida y transparente para discernir críticamente y anunciar la nueva a todos por igual. Una ética cristiana comprometida con Aquel que está más allá de todo valor tiene, asimismo, una dimensión humana, pues se fundamenta en la propia razón. Si en una época se le dio primacía a la fe como criterio soberano en la moral, ahora hay que acentuar la razón y sus explicaciones para facilitar la apertura del Hombre sin fe y, también, para que el creyente alcance el nivel de autonomía y grado de madurez indispensable para el *Hombre nuevo*.

Creo que podemos superar el dualismo expresado en el dilema: aceptar la dependencia de Dios o caer en una moral sin fundamento. O, dicho de otro modo, *fideísmo* (importancia primordial y absoluta de la fe) o *relativismo moral*. El problema de fondo reside en aceptar o no la capacidad del ser persona para conocer los valores éticos sin necesidad de recurrir a la fe para su justificación. Si bien quizás sea posible justificarlos objetivamente, no creo que con ello se asegure el cumplimiento subjetivo de los mismos.

d.9. La mentalidad orgánica presupone y

[16] Cf. *ibidem*.

descansa en la convicción de que la fe religiosa en la Revelación (en cuanto iniciativa divina) suministra el pilar teológico que fundamenta y anima la visión unificadora e integradora de la realidad. Se exige justificar y explicar el origen, existencia y finalidad de esa realidad según una Causa Primera. La Teología, en cuanto discurso sistemático de la presencia y acción de lo Divino en la vida humana, complementa, corrige, asegura, fortalece y eleva lo que logra explicar, con sus normas lógicas, el conocimiento de la realidad mediante la razón natural. Es decir, la fe y la razón se complementan tal como lo hacen la gracia y la naturaleza, lo cual jamás supone represión de la segunda sino, más bien, su plenitud.

Más adelante nos ocuparemos de cómo la iluminación de la fe religiosa ofrece a la Bioética Personalista un grado de convicción y amplitud que posibilita nuevas perspectivas a los cuestionamientos de actualidad ya señalados.

d.10. Comparto con el P. Kentenich su inspiración en la tradición escolástica, al reconocer la complementariedad fructífera entre razón natural y fe en la Revelación [17]. La Revelación y la investigación humana, la afirmación en el orden de la fe religiosa y las demostraciones lógicas, se enriquecen mutuamente al

orientarse, de acuerdo a su vía particular de acceso, hacia una verdad unitaria inherente al universo en cuanto realidad creada. La fe religiosa y la Revelación que esa fe expone constituyen el fundamento teológico sin el cual no existiría una integración plena de la realidad, tal como lo anhela experimentar el ser humano.

Repetimos que la dimensión teológica asegura, complementa, corrige y perfecciona el conocimiento demostrado por la razón discursiva reglamentada por las normas lógicas. La dimensión teológica expone sus explicaciones sobre el origen del universo en el orden del ser, considerando la contingencia y finitud de ese universo, y no meramente su funcionamiento (área de competencia de las Ciencias naturales). La Teología plantea la finalidad última del universo en el orden de la significación, incluyendo la finalidad última del origen y razón del ser persona en el ámbito individual y comunitario. La explicación teológica aporta, asimismo, una justificación trascendental (en términos de la verdad sobre el ser -metafísica-) a la concepción del bien, sin lo cual la filosofía de la moral quedaría inconclusa.

La dimensión filosófica complementa la teológica por medio de la investigación racional sobre los rasgos distintivos del

[17] Cf. Juan Pablo II, *Fides et ratio*.

ser persona en cuanto entidad dotada de su correspondiente identidad, dignidad, integridad, vinculaciones y trascendencia. La Filosofía intenta demostrar que la autonomía de la persona individual, en su condición contingente y finita, exige, para su realización plena y auténtica, vinculaciones comunitarias, particularmente en el orden del amor en sus diversas modalidades.

d.11. La perspectiva orgánica del P. Kantenich incluye acertadas consideraciones psicológicas en el contexto conceptual de la Teología y de la Filosofía. La Psicología puso al P. Kantenich en contacto con los procesos vitales más delicados de la interioridad de la persona (consciente, subconsciente, inconsciente) en su desarrollo individual a través del tiempo. Su visión orgánica lo lleva a integrar lo que significa ser persona al ámbito de la substancia / esencia universal e integrar la vivencia personal al ámbito de la historicidad singular de cada persona. De este modo, la mentalidad orgánica intenta equilibrar los aportes del pensamiento teórico y la decisión práctica y conjugar la iluminación de la razón y la fe con la exigencia de la vida, pero todo ello centrado en la Causa Primera que se revela por medio de la fe práctica en la Divina Providencia.

d.12. La fe es el nivel trascendental (en complementación con el categorial). La

fe da un significado más profundo al *ethos* humano. La fe que actúa con fuerza (fe práctica en la Divina Providencia) en el interior del corazón, impulsa al creyente a una coherencia de vida. A veces lo que nos falta no es el convencimiento sino el impulso para actuar. La fe ofrece una motivación extraordinaria. La fe ofrece una ayuda inestimable, ya que facilita y confirma el conocimiento de los valores éticos. Por medio de esa Revelación divina, aquello que en las cosas divinas no es inaccesible a la razón humana puede ser conocido por todos fácil y certeramente, sin mezcla de error.

Si la fe tiene prioridad absoluta en el plano trascendental, ello no afecta los contenidos morales que pertenecen al ámbito categorial. Aquí Dios no se ha pronunciado de forma directa (ley natural - principios secundarios). Si bien la obediencia a Dios es parte de nuestra condición de personas abiertas a la trascendencia, en muchas ocasiones, no sabemos con claridad qué quiere y desea Dios de nosotros. El juzgar y decidir supone creatividad y audacia.

d.13. Dicho orgánicamente, se trata de una distinción entre *rationis objecti* y *rationis subjecti*.

- El razonamiento objetivo busca la explicación trascendental. Y culmina en el postulado de una Causa Primera, a

fin de ordenar la realidad según niveles análogos de seres en dependencia de la Causa Primera. Estos ejercen su estado y funciones propios de seres ubicados en una escala menor por su condición de creados y de causa segunda. Basándonos en San Agustín y Santo Tomás señalamos que el universo en su totalidad es visto como un gran organismo de comunicación vital entre el Dios Trino, con su correspondiente vida divina y amor providente, y su creación. Él la sostiene y le otorga la facultad (en el caso específico y exclusivo de los seres humanos) del pensamiento, la voluntad y afectividad cocreativas (causas segundas). Dios manifiesta sus deseos y planes por medio de los anhelos nobles del ser humano en cada una de sus dimensiones, tanto espirituales como corporales; por medio de las inclinaciones y tendencias de los seres vivos y la estructura y dinámica de la naturaleza en general. Los planos más cercanos a la experiencia humana cotidiana son expresión, camino y seguro para ascender hacia los planos que se elevan hacia lo sobrenatural, la plenitud de la verdad, del bien y de la belleza, a los cuales todo lo natural aspira y se orienta en su acción o tendencia natural. La trascendencia se transfigura y transparenta en las personas, sucesos y cosas creadas.

- La racionalidad subjetiva supone el esfuerzo de cada persona por reconocer y hacer transparente el sentido de cada dimensión de su propio ser: la conciencia reflexiva percibe el intelecto, la voluntad y la emoción, esforzándose por descubrir algún ideal personal que exprese y fomente los aportes de cada uno.
- Desde el núcleo de la personalidad, la idea, la determinación y el afecto han de integrarse conformando una unidad orgánica. Esta visión del pensar orgánico admite un nivel intuitivo o una revelación interior que ilumina y libera lo subconsciente e inconsciente. Estamos ante una manera de pensar que reconoce la idea o concepto, vinculándolos dinámicamente con la vida. Por eso pone de relieve la narrativa personal y la cercanía a lo concreto, a fin de articular el sentido personal de las relaciones entre las ideas. Una ilustración de este entrelazamiento es el Ideal Personal, entendido como una configuración de objetivos normativos que orientan y evalúan el curso individual de una vida íntimamente personal.
- Razonamiento objetivo y razonamiento subjetivo dan pie a un conocimiento vital, en contraste con un conocimiento meramente intelectual o vitalista. Se trata de un conocimiento

amplio, ya que abarca toda la realidad, e intenso porque incluye todas las funciones (intelectuales, volitivas y afectivas) de la persona en su acceso a la realidad. La dimensión trascendente de la realidad, incluyendo su Causa Primera, se transparenta en la inmanencia de la vida personal e impulsa a la persona a ejercer su causalidad segunda en libertad responsable, en dependencia, pero con verdadera eficacia.

- El pensar orgánico plantea esta interdependencia entre lo objetivo y trascendental y lo subjetivo e inmanente a la persona. Por eso es un pensar creativo: observa la experiencia concreta de la vida y compara sus manifestaciones. De ellas realiza inferencias que lo llevan a formular normas o leyes, es decir, principios derivados, a semejanza de los principios segundos en el orden de la ley natural, según la tradición escolástica.

De ningún modo se afirma que la razón especulativa genere sus ideas manteniéndose ajena a la confrontación sensible con la realidad externa e independiente del sujeto pensante, pero sí que las configura por medio del proceso epistemológico de abstracción, según la explicación tomista. Tampoco se trata de una razón práctica que postule sus normas a modo de decretos de la voluntad pura, ajena a

las inclinaciones o aislada de la situación vital, pero sí se trata de una razón de principios inherentes (como la ley natural moral), pero capaz de juzgar, mediante el discernimiento prudente, lo que cada situación exige, con la posibilidad de proponer soluciones novedosas.

III. CONCLUSIÓN Y RECAPITULACIÓN

A modo de ayuda a la hora de intentar aplicar el Personalismo ontológico y la ley natural en el marco del pensar orgánico, concluimos esta segunda parte recapitulando el camino recorrido.

A. He intentado exponer una modalidad en Bioética según la corriente denominada Personalista. Se denomina *Personalista* por ser un pensamiento filosófico teórico-práctico arraigado en un determinado concepto de verdades irrenunciables sobre la dignidad, integridad, vinculación y trascendencia de ser persona.

La persona en su sentido ontológico es fundamento objetivo y facilita el consenso social que la Bioética necesita para afirmar su identidad.

B. La Bioética Personalista confía en la capacidad natural de la razón humana para descubrir y exponer la estructura y dinámica propia de la realidad y, en particular, de la realidad humana. El bien que orienta la conducta de la persona se

sustenta en la verdad o significación que revelan las exigencias necesarias y universalmente válidas de la dignidad de la persona y, además, en el bien común de su vida comunitaria.

C. Se trata de una Bioética que, no sólo reconoce, sino que adhiere al hecho de que la persona tiene un origen y una finalidad que la lleva a suponer a Dios. Es decir, la persona reconoce una doble dimensión: es persona individual existente en un momento histórico y en un lugar determinados pero, simultáneamente, es un ser que anhela una trascendencia de su individualidad, más allá de lo útil y lo placentero; es un ser orientado hacia bienes universales o ideales, lo cual incluye el anhelo de contacto con su origen y finalidad última (Dios).

D. La Bioética Personalista expuesta en los puntos anteriores está dispuesta y abierta a ser animada por la mentalidad orgánica según la expusiera el P. Kentenich. De ese modo, la Bioética se configura a modo de *cultura* que se integra para animar o servir a la cultura de la vida, de la familia y del ambiente, según lo planteara Juan Pablo II en *El evangelio de la vida*.

Es precisamente esta Bioética la que proponemos como promotora de un clima de familia, tanto en la familia doméstica como en los laboratorios biomédicos, en

la clínica y en los entes responsables del ecosistema.

Aspectos generales del pensar orgánico en cuanto factor de integridad en la Bioética

1. El pensar orgánico es integral y sintético. Integral porque evita posiciones unilaterales conducentes a posturas extremas, como tal vez lo son, en el campo de la Bioética, el cientificismo frente al humanismo anticientífico, el vitalismo frente al espiritualismo, el autonomismo frente al paternalismo, o bien, por un lado, el irracionalismo o el misticismo y, por otro, el racionalismo y el idealismo.
2. Este pensar propicia un multiperspectivismo que invita a apreciar el contexto cultural e histórico de las ideas por medio del diálogo y la complementariedad, pero sin exponerse al relativismo cultural o a la tolerancia indiferente, pues tiene su eje en la razón práctica, objetiva y anclada en el orden real e inteligible del ser persona.
3. Precisamente por enraizarse en el orden objetivo y esencial, el pensar orgánico ofrece un complemento al orden existencial, con el cual configura una síntesis. Es decir, el pensar orgánico se orienta según el ser y la objetividad ontológica, pero también se mantiene atento a las vivencias del sujeto persona y a su na-

rrativa correspondiente. La visión orgánica se inspira en el aprecio a la vida, entendida ésta como lo que es capaz de crecer, como una entidad cuyas partes están en íntima y permanente interacción, generando así una totalidad de dimensiones interdependientes.

4. A diferencia del pensar racionalista que mecaniza o cosifica lo real, fragmenta la realidad y aísla cada parte de su conexión con la vida humana, el pensar orgánico procura mantener la vinculación del objeto enfocado al sujeto que lo capta y lo aprecia en cercanía a su vida, a fin de despertar y fomentar esa misma vida.

5. Se trata de un pensar que contempla la trascendencia en su sentido último, según ella se transparenta en cada detalle y proceso del universo.

6. El pensar orgánico facilita la interacción entre ciencias y vida, con miras a su mutuo esclarecimiento. La especulación filosófica y teológica de matiz tradicional, deductiva, puede entrar en diálogo con la investigación biomédica de carácter inductivo, y esto, sin menospreciar la intuición del sujeto pensante en cuanto persona, no sólo intelectual y volitiva, sino también afectiva.

Se propicia una visión global en una época de intercambios culturales. El pensar

orgánico sirve a la *cultura de la vida* en cuanto compromiso de todos los pueblos, independientemente de credos religiosos y sistemas político-económicos. Es un pensar libre tanto de optimismos ilusorios como de escepticismos paralizantes. Se parte de la realidad considerada objetiva e inteligible, pero se busca su pertinencia a la vida personal. Reconoce la autonomía de la razón natural, pero la abre y enriquece con su apertura al misterio trascendental mediante la fe en cuanto disposición inherente al ser persona.

En la crisis que vive la humanidad en esta época posmoderna se experimenta una falta de pertenencia al universo, una falta de sentido que oriente la vida; se duda de la verdad y del bien como categorías coherentes. Ante tal crisis, el pensar orgánico ofrece una visión enraizada en la naturaleza humana y capaz de penetrar la realidad circundante hasta el límite que lo conecta con el Ser /ltimo, el Creador y Providente. Esta visión en su aspecto pedagógico y pastoral genera una espiritualidad que fortalece el compromiso ético que la Bioética exige y, a la vez, impulsa la solidaridad humana para cultivar, fortalecer y celebrar la Vida en el Amor según sus varias modalidades. Como dice el P. Alessandri:

"La doctrina del organismo en su teoría y práctica parte de la síntesis filosófica

y teológica de raíz agustiniano - tomista enriquecida con los aportes válidos de las diversas corrientes filosóficas y disciplinas científicas surgidas en la modernidad, para traducirlas en praxis forjadora de la historia, y en una psicología de causas segundas y, finalmente, en una correspondiente pedagogía que permita educar hombres capaces de pensar, amar y actuar, vivir de forma integral y plena (orgánica).” [18]

BIBLIOGRAFÍA

1. Alexandri, P Hernan, *En el umbral del tercer milenio*. Santiago, Chile. Editorial Patris, 1986.
2. Correa, Leo, *Cuadernos de bioética*, 12, 4, 1992, pág. 11.
3. Ferrer, P. Dr. Jorge, *Para una filosofía de la bioética*. Madrid, España. Desclee De Brouwer, 2003.
4. Lugo, Elena, *La relación médico - paciente*. Bogota, Colombia. Agora, 2003.
5. Rhonheimer, Rev. Prof. Martín, *Natural Moral Law. The Nature and Dignity of the Human Person as the Foundation of the Right to Life*. Proceedings of the Eighth Assembly of the Pontifical Academy for Life. Vatican City, 23-27 February, 2002.
6. Sgreccia, Elio, *Manual de Bioética*. Distrito Federal, México. Editorial Diana, 1994.
7. Seifert, Prof. Joseph, *The Right to Life and the fourfold root of human dignity. The Nature and Dignity of the Human Person as the Foundation of the Right to Life*. Proceedings of the Eighth Assembly of the Pontifical Academy for Life. Vatican City, 23-27 February, 2002.

NOTA: Las obras de Juan Pablo II y las del Padre J. Kentenich según citadas están identificadas en el texto en sí.

[18] Alessandri, Hernán, *En el umbral del tercer milenio*.

SITUACIÓN DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA EN ESPAÑA

Panel

Bioética Personalista:

algunas reflexiones

19 de octubre de 2004.

Prof. Dr. Emilio José Ibeas Cuasante

- Nacido en Burgos, España, el 28 de Julio de 1957.
- Médico y Licenciado en Estudios Eclesiásticos.
- Especialista en Bioética.
- Secretario de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Burgos.
- Presidente del Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario de Burgos.
- Vocal de la Comisión de Bioética de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
- Coordinador de la Comisión de Cuidados Paliativos del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.
- Experto de la Delegación Española de Bioética en el Consejo de Europa.

Palabras clave

- Historia de la Bioética
- Bioética Personalista
- Ciencia
- Tecnología
- Bioética española

RESUMEN

Varios son los hechos que han sucedido durante estos últimos sesenta años y que han tenido una fuerte influencia en el nacimiento de la Bioética. Están relacionados con el asentamiento y crecimiento del método científico, el fuerte impacto aplicativo y tecnológico de los conocimientos y la pérdida de los paradigmas tradicionales éticos compartidos por la sociedad.

Aparece, pues, la Bioética como ciencia externa e íntimamente relacionada con las Ciencias biomédicas, que funda criterios últimos valorativos que sirvan de norma y referencia para discernir los confines de la licitud de la intervención del Hombre (varón y mujer) sobre la vida y que, al mismo tiempo, desde estas normas, dé respuesta lo más acabadamente posible a los problemas concretos de todos aquellos que se enfrentan a dilemas éticos en el campo de la salud y de la enfermedad.

La Bioética Personalista se apoya en una antropología y una teoría del acto que hacen derivar de ella unos principios generales de Bioética, asumiendo en ellos el papel de la virtud en la formación y consolidación de la conciencia ética.

En España surgió el primer Centro de Bioética en 1975. En la actualidad, Departamentos, Cátedras, Asociaciones e Institutos en los que trabajan presti-

giosos profesores realizan estudios de Bioética Personalista que difunden a través de numerosos cursos y publicaciones.

1. EL SURGIMIENTO DE LA BIOÉTICA

La génesis de esta ciencia ética y su definición es una cuestión compleja. Vamos a describir solamente aquellos acontecimientos que, según diferentes autores, son los causantes de la emergencia de esta disciplina, para así aproximarnos a una definición de ella. Varios son los hechos que han sucedido durante estos últimos sesenta años y que han tenido una fuerte influencia en el nacimiento de esta disciplina. Podemos agruparlos en los siguientes apartados:

- a) relacionados con el asentamiento y crecimiento del método científico en las diversas ciencias,
- a) en relación con el fuerte impacto aplicativo y tecnológico de los conocimientos adquiridos durante estos decenios, y
- a) dependientes de la pérdida de los paradigmas tradicionales éticos compartidos por la sociedad.

No hay que considerar estos tres puntos como aislados entre sí, sino afectándose mutuamente entre ellos.

En el primer apartado, tenemos varios

hechos determinantes:

1) La ciencia moderna es una actividad analítica que en su conocimiento realiza una tarea no de distinción, sino de atomización o separación de la realidad. Los hechos se reducen a diversas causas, se pierde la visión universal y existe el peligro de reduccionismo. La consecuencia es que el mundo, en cierta manera, pierde su halo de misterio y se entra en una época en que éste es desacralizado. Esto lleva consigo que el Hombre ante el mundo adquiera una actitud dominadora, aspirando no sólo a conocerlo sino, siguiendo la filosofía moderna, a utilizarlo. La emancipación del Hombre del medio y su modificación no sólo es una tentación más o menos estéril, sino algo que puede satisfacerse.

2) La idea de progreso se adueña de la ciencia, adquiriendo ésta un papel moralizante. Se tiende a sustituir a la tradición y se extiende la idea de que el cultivo de la ciencia y de sus principios hará mejor al Hombre y a la humanidad. Este cientifismo se apoya en la afirmación implícita de que todo conocimiento científico es bueno y, además, toda la realidad debe ser conocida bajo el paradigma de la ciencia moderna.

3) El pensamiento anterior conduce a creer que toda aplicación de la ciencia -deducción de ella- es tan buena como la ciencia misma. La tentación en el ámbito

social es la tecnocracia, la pretensión de resolver los problemas sociales con soluciones meramente tecnológicas y eliminar las decisiones políticas. La ciencia y sus aplicaciones aparecen ante la sociedad occidental de inicios de los años cuarenta como algo neutro y benefactor de la humanidad.

4) Junto a estos fenómenos es importante también el fuerte influjo que, sobre la antropología y las humanidades, tiene en dichas fechas el evolucionismo como paradigma biológico operante en la sociedad occidental. El darwinismo social conecta muy bien con ideas utilitaristas, como evitar la descendencia biológica, el racismo científico y la eugenesia, con una fuerte devaluación del respeto a los más débiles, una de las manifestaciones más importantes de la beneficencia. Como ejemplo de esta situación, están las numerosas leyes eugenésicas existentes antes de la II Guerra Mundial o los planteamientos ampliamente conocidos de pretendida "racionalidad científica" en la praxis eugenésica y racista de los nazis.

El segundo apartado tiene como punto de arranque histórico -aunque se ha ido repitiendo durante estos últimos años, en varias ocasiones, ante diversos acontecimientos-, el horror y temor que se produjo en la posguerra ante el poder de destrucción y de mal que tiene la ciencia en manos de médicos, científicos o polí-

ticos sin escrúpulos. La ciencia y, sobre todo, la Medicina, perdió su inocencia y neutralidad, ante su capacidad manipuladora que, en muchas ocasiones, puede ser ejercida en contra de la voluntad de los propios pacientes a los que teóricamente se pretendía beneficiar. La ciencia y la tecnología llevan en su interior un germen de ambigüedad, pues pueden ponerse al servicio de fines opuestos.

Junto a este fenómeno, e íntimamente unido a él, la ciencia y la tecnología, con sus efectos en estos últimos años, han generado un impacto sobre el medio ambiente creando todo un conflicto que puede ser enmarcado en la denominada "cuestión ecológica" o "crisis ecológica", fomentando en la sociedad una sospecha frente a la ciencia y sus aplicaciones. No sólo los Hombres individuales, sino el planeta y las generaciones futuras se ven amenazadas por el cientifismo tecnológico, que domina y explota a los Hombres y los recursos naturales. Estos hechos han ido creando en las últimas décadas una situación social distinta con relación a cómo la ciencia es conceptualizada. Así, no todo progreso científico es considerado simultáneamente un avance social o ético. Ante las experiencias desagradables, se ha roto el mito del progreso. La mentalidad cientifista puede llevar a la abolición y constricción del Hombre. La ciencia y la Medicina puede convertirse en un instrumento de esclavitud para

el mismo Hombre que la crea. Es un poder que se revuelve contra el Hombre. Surge la pregunta, no sólo sobre el significado, sentido o fin de la ciencia y sus aplicaciones -hacia dónde se dirige-, sino también la duda sobre los medios que pueden ser empleados en la obtención del conocimiento y en la consecución de los fines. De una forma más extremista, la desconfianza frente a la ciencia ha llegado a generar en nuestras sociedades reacciones de ecologismo radical o profundo, donde la sacralización se ha desplazado desde la ciencia a la naturaleza con una infravaloración también de la vida humana. La consecuencia de este fenómeno es el interés creciente en nuestras sociedades por controlar la ciencia y determinar sus límites, no sólo desde una perspectiva política, sino también ética y legal. Comenzando por una autorregulación de los propios científicos, pasando por un control en las instituciones intermedias a través de comités, hasta los tribunales de justicia que apliquen legislaciones que restrinjan y limiten el poder de la ciencia. Puede decirse que, en nuestro entorno, ha calado el ya famoso aforismo de que "no todo lo que se puede hacer con la ciencia se debe hacer y que la ciencia sin la ética es ciega".

Es en este punto donde se conecta con el tercer apartado de hechos que ayudan a la aparición de la Bioética en nuestras sociedades occidentales.

La situación de demanda de control, de poner límite a una determinada actividad científica tiene en la sociedad dos planos distintos, pero complementarios. El primero es una demanda que realiza la sociedad a la Filosofía moral o ética para que ella ilumine o ilustre cómo debe realizarse tal control. Es una petición de orientación normativa que lleva a la aparición de la Bioética. Hay una necesidad de explicar y resolver problemas, dilemas o conflictos en el área de las ciencias bioéticas que eran desconocidos hasta la fecha. La Bioética pretende ser esta respuesta de estudio de los problemas éticos que se plantean al hilo del fuerte incremento de la ciencia y tecnología actual y que pueden modificar profundamente la vida humana. No es una moral nueva, ni sus valores son descubrimientos recientes llamados a sustituir a los viejos principios, es sencillamente ética, sabiduría práctica sobre el modo de evitar que la vida humana se malogre, un intento en cuyas manos ha depositado la humanidad fundadas esperanzas, una exigencia de los nuevos avances de la técnica y sus posibilidades aplicativas, un estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en la medida en que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales. El segundo es el estado cultural de los paradigmas éticos en nuestra sociedad. No sólo la Bioé-

tica surge como una necesidad ante una ciencia poderosa y amenazante sino, como muchos indican, ésta tiene esas características, porque ha nacido y se ha desarrollado al amparo de unos paradigmas antropológicos y culturales que, en vez de regular el impacto de la ciencia, han actuado en sinergia con ella, estimulándola en su crecimiento de poder y dominio sobre el Hombre.

Durante estos últimos tres siglos se han producido tales cambios culturales que han llevado a una disgregación entre la ética y la técnica, disolviendo la fecunda alianza que existió en otros tiempos y que permitía un crecimiento regulado, armónico, donde los nuevos descubrimientos iban integrándose dentro de los paradigmas éticos de la cultura occidental, rechazándose en muchas ocasiones aquellos incompatibles con estos paradigmas. Pero la sociedad actual, en cambio, está caracterizada por ser una civilización fragmentaria en la que el substrato moral tradicional occidental parece estar en crisis y en estado de sospecha. Una sociedad con un pensamiento débil donde la consideración de la vida humana y de la ciencia preponderante, aunque ya fuertemente criticada, sigue siendo la surgida de la Modernidad. Esto imposibilita aún más el encontrar soluciones válidas, pues esta misma cultura moderna que ha ido suplantando a la tradición es causante de la situación de divorcio en-

tre la ciencia y la ética. De ahí lo difícil de pretender, desde sus presupuestos, arreglar la situación actual. ¿Cuáles son estos presupuestos generales? ¿Cuál es el concepto y la valoración que tiene nuestra sociedad sobre la vida humana?.

Para contestar a esta pregunta, es preciso analizar cómo se entiende hoy en día la ciencia, la persona, la ética y el mundo, pues el concepto de vida humana que existe en nuestra sociedad –y cómo éste se relaciona con las ciencias biomédicas– depende de esas realidades. La ciencia actual es hija de la Modernidad, y se entiende dentro de lo que suele denominarse sociedad tecnológica. La acción, el poder y el dominio sobre el mundo son privilegiados frente a la contemplación y el respeto. Se trata de transformar la naturaleza para beneficiarse de ella, siendo un elemento primordial de esa transformación la ciencia. En el campo biomédico, la Biología y la Medicina son instrumentos no sólo para vencer la enfermedad, sino que llevados por esta inspiración, se convierten en verdaderos medios de modificación y transformación de la propia naturaleza humana. Ya no sólo se trata de ayudar a recobrar la salud tratando a la naturaleza, sino que se interviene sustituyéndola o manipulándola. En el campo antropológico, la persona se concibe desde una perspectiva cartesiana. El Hombre aparece identificado sin más con su dimensión pensante, relegan-

do la corporalidad al "mundo exterior" como una cosa más de este mundo. En rigor, dentro del esquema cartesiano (y de gran parte de la filosofía moderna) ya no se habla del "Hombre", sino del "yo", del "ego": la "res cogitans" estrictamente opuesta a la "res extensa" cartesiana no es el "Hombre" porque el Hombre tiene un cuerpo extenso; es sólo el yo. Y de éste queda excluida la corporeidad, que aparece unida, más bien, a "lo otro del yo", a lo que podríamos llamar "mundo". Además, cuando la realidad se estructura desde la propia subjetividad, lo externo a ella queda a merced del ego que la fundamenta. El cuerpo, en primer lugar, adquiere la categoría de la mundanidad y se convierte en un útil entre otros útiles. Conforme a este esquema, se produce una ruptura entre la razón y el cuerpo, que da lugar a dos conceptos equívocos: la reducción espiritualista de la persona (sólo es conciencia) y la reducción fisicista del cuerpo (sólo biología). De esta manera, el cuerpo no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, es un mero instrumento al servicio de los valores racionales. La vida humana tiene sólo una dimensión biológica, que no es esencialmente personal. Esto hace que el cuerpo entre bajo los dominios de la técnica y de la ciencia. La realidad corporal –vida, salud, enfermedad– son sólo cuestiones técnicas. La dimensión corporal del Hombre queda así cosificada, es decir, reducida a puro material, sujeto a criterios de

eficiencia y utilidad. ¿Quién instauro esos criterios? La libertad. En el campo ético, la Modernidad, apoyándose en la concepción antropológica apuntada, concentra la fuerza del Hombre en su autonomía y libertad. El Hombre se reduce a conciencia y, desde ella, actúa sobre el mundo, transformándolo según criterios de eficiencia, utilidad y dominio, con fines que ella misma se propone. No hay referencia a unos valores externos y objetivos que se le imponen. Es lícito todo lo que el individuo realice en modo libre.

Todo lo demás, le es al Hombre susceptible de transformación; queda consagrado, desde un punto de vista ético, el "cientifismo tecnológico", por el cual, lo que es posible en el plano técnico, viene a ser lícito desde el punto de vista ético.

Hemos visto rápidamente qué piensa en el fondo nuestra cultura sobre la ciencia, la persona y la ética. Pienso que ahora nos será más fácil entender cuál es el concepto y valoración que tiene nuestra cultura sobre la vida humana. Lo resumiría en dos sentencias:

a) La Modernidad concibe la vida humana como un terreno donde es posible intervenir siempre y cuando la libertad del individuo o la sociedad lo determine. No hay límites éticos absolutos, pues la vida humana está en el campo del "tener", de la propiedad. La

vida humana se cosifica, es terreno para la técnica y la ciencia, según los deseos de la libertad. Podemos decir que sobre la vida humana confluyen el poder de la ciencia y una ética autónoma que justifica el uso de la ciencia, no en beneficio de la vida humana, sino en función de las directrices y apreciaciones de una conciencia autónoma. La vida humana no se identifica con la sustancia del ser personal, es un apéndice de ella.

b) Se valora éticamente la vida humana en términos de utilidad biológica: sólo es válida la vida humana que tiene una cierta calidad, según unos parámetros. La vida "per se" no tiene un valor absoluto, es relativa a algo. Con este presupuesto se pierde el respeto a la diversidad biológica y se concibe la vida humana bajo el prisma eugenésico, con los peligros que esto conlleva.

¿Cómo caracterizaríamos con más detalle y con relación al nacimiento de la Bioética la situación cultural actual? En el diagnóstico, las posturas son bastante coincidentes y se podrían resumir en los siguientes síntomas:

a) Un fuerte escepticismo y relativismo, que lleva a considerar que todo vale en cualquier comportamiento. El racionalismo es desbancado en el terreno ético y se considera que no es válido para todos

los Hombres. Las posiciones subjetivistas, emotivistas o utilitaristas son preponderantes. La pluralidad ética es la consecuencia más evidente de este hecho, siendo para muchos autores un factor en la aparición de una nueva reflexión bioética ante los avances de la biomedicina, no sólo en cuanto búsqueda de soluciones concretas y asumibles por toda la sociedad frente a ese progreso científico, sino también como causa del descontrol de la ciencia en los últimos años, debido a la imposibilidad de poner límites desde este posicionamiento al cientifismo tecnológico.

Como es lógico, este ambiente ético influye en las propuestas bioéticas que, por lo tanto, son variadas. Por un lado, se pretende que la Bioética sea normativa y con una cierta objetividad que sustente su universalización, por lo menos, en unos mínimos o un sustrato común, que impida los abusos cometidos por la biomedicina realizados, casi siempre, por parte del más fuerte. Se trataría de llegar a unos principios internamente jerarquizados que puedan aplicarse a la resolución de problemas clínicos concretos o a discernir la licitud o ilicitud de determinadas prácticas sanitarias. Y, por otro, hay una alergia a aceptar que se pueda conocer la verdad moral -absolutos éticos- y se busca simplemente lo conveniente en cada momento, a través del acuerdo, pactos o consensos. Esto lleva a

considerar que no hay un sustrato común, ni puntos de referencia estables y que la Bioética tiene un carácter procedimental. Partiendo de algunos principios o máximas aceptadas en este caso, sólo como orientación, se pretende buscar respuestas rápidas y fáciles sin discutir los principios para los problemas clínicos concretos. Este fenómeno es considerado por algunos como un hito importante en el surgimiento de la Bioética.

b) Un fenómeno muy importante, desde el punto socio-cultural, que coadyuva al nacimiento de la Bioética son, indudablemente, los cambios que han ido ocurriendo en estas últimas décadas en la relación médico-paciente. El modelo estatal de sanidad, la ética individualista de estas últimas décadas y la aparición, desde 1945, del concepto de consentimiento informado como contrapeso de las barbaridades cometidas por los médicos en la investigación (Alemania Nazi) o, más adelante, en el encarnizamiento terapéutico de la medicina tecnológica. Estos hechos hacen que el peso de las decisiones médicas pase del médico al paciente, llegándose a la aparición de códigos y declaraciones de los derechos de los enfermos que refuerzan la libertad y responsabilidad que tienen los pacientes en las decisiones clínicas que afectan a su enfermedad. Esta situación es relacionada por muchos autores con la crisis del paternalismo médico, una degeneración

de la beneficencia que estaría en la base de un movimiento de rebeldía del paciente que quiere asumir su propio destino. El enfermo es un "adulto autónomo" que, además, desea que la ley controle las injusticias que se produzcan en la realización del acto médico. Esta situación que conlleva una mayor conflictividad judicial –judicialización de la Medicina– supone también la emergencia de un comportamiento de resistencia del personal sanitario, conceptualizándose en una praxis que suele denominarse "medicina defensiva". La autonomía del paciente, como muchos definen esta situación, y su difusión en la ciudadanía de que ésta debe primar frente a la beneficencia, apoyado también por teóricos de la propia Bioética, son un elemento que coadyuva a ampliar la situación de pluralismo. No sólo es el fenómeno de secularización o multicultural el que influye sobre cómo debe ser la regulación ética de la biomedicina, sino también la autodeterminación personal que, en muchos casos, responde a coordenadas culturales concretas, pero en otros es totalmente individual, indeterminada y difícil de prever, porque es eminentemente subjetiva.

2. DEFINICIÓN DE BIOÉTICA

El término Bioética fue utilizado por primera vez en 1971 por Van Rensselaer Potter en su libro *Bioethics: bridge to the*

future. Para Potter es evidente que existe una inquietud en la Humanidad ante las posibles consecuencias negativas del desarrollo científico y hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética, a través de la adquisición de una sabiduría que lo permita. Para Potter ésta es la Bioética, entendida por él como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso correcto, una mejor calidad de vida. Como se ve, la disciplina nace con un corte utilitarista y, además, ligada, más que a los problemas clínicos concretos profesionales, a las posibles consecuencias de la biotecnología en la vida humana. Aunque teniendo en cuenta que las aplicaciones biomédicas influyen en el nacimiento de dilemas éticos en la praxis concreta profesional y modifica las relaciones entre sanitarios-paciente. La evolución de la Bioética hacia una ubicación dentro de la ética aplicada es manifiesta a los pocos años de acuñarse el término, abandonando lo que, en términos etimológicos, era Biología ética hacia una ética de la vida. Así, ya en la *Encyclopedia of Bioethics* de Reich (1978), considera la Bioética como una ética de las ciencias de la salud, que abarca los problemas de los profesionales de la salud, los que emergen en la investigación científica, aunque no sean directamente terapéuticos, los que surgen en las políticas sanitarias o en el equilibrio del ecosistema,

definiendo la Bioética como una ciencia que identifica los valores y principios que orientan la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la recuperación de la salud.

No sólo existe, pues, un conocimiento científico que indaga sobre lo material de los hechos, sino que en toda tarea científica hay unos valores humanos que están en juego y que no pueden ser determinados por la metodología de la ciencia positiva. Se requiere pues de una ciencia externa e íntimamente relacionada con las ciencias biomédicas que funde criterios últimos valorativos que sirvan de norma y referencia para discernir los confines de la licitud de la intervención del Hombre sobre la vida y que, al mismo tiempo, desde estas normas, dé respuesta lo más acabadamente posible a los problemas concretos de todos aquellos que se enfrentan a dilemas éticos en el campo de la salud y de la enfermedad. De esta forma, en la Bioética pueden descubrirse tres niveles de cuestiones a tratar:

a) Lo que podemos denominar meta-Bioética, que se plantea dar respuesta al interrogante sobre los fundamentos del deber ser, tanto en la faceta metodológica, como en la crítica y búsqueda de una justificación a las teorías éticas, puesto que desde ellas se deducen los principios generales de la acción y, de éstos, se concretan normas y juicios prácticos concre-

tos. Es necesaria una justificación ética de la Bioética, puesto que debe quedarnos claro que, en el debate actual, las propuestas éticas fundantes de la Bioética son diversas y conducen a principios, normas y soluciones prácticas divergentes. De esta manera, hay que considerar a la Bioética como una filosofía moral de la investigación y de la práctica biomédica, refiriéndose al obrar libre del Hombre en estos campos. Debe ser una ciencia valorativa, normativa, racional. No puede ser simplemente una constatación de lo que sucede. Debe dar razones para actuar, debe regir el comportamiento y enseñar a valorar si un acto es lícito o no. Pero también tiene que aclarar su fundamentación y no limitarse a apelar a la teoría. La filosofía en Bioética debe tratar de justificar la perspectiva moral que delimite el bien y el mal en el ámbito de la ciencia y que prescribe normativamente el deber del obrar en el campo biomédico.

b) De la meta-Bioética se derivan una serie de principios generales que deben guiar la acción y que son la segunda materia a tratar por la Bioética. Cuando se dice de alguien que es "una persona con principios" se está haciendo referencia a que actúa según un modo de pensar previo, de forma coherente y no sólo empujado por las circunstancias del momento. Este tipo de actuación es necesaria, diría yo, propia de los profesionales de las ciencias de la salud. La improvisación o el

eclecticismo son opuestos a la profesionalidad. Por esto, además de los principios éticos generales y su justificación, debe tratar la Bioética también de dilucidar otros más específicos con relación a la vida humana. Se trata de encontrar unos criterios axiológicos que permitan afrontar la toma de decisiones por parte del personal sanitario. Además, es necesario, para conseguir una buena alianza terapéutica, que los enfermos conozcan y participen de dichos principios, pues supone, a la larga, una disminución de la conflictividad en la relación paciente-personal sanitario. Estos principios son guías de la acción, es decir, orientaciones generales respecto del obrar moral, no especifican la forma de actuar en cada momento, sino que marcan una dirección.

c) Para llevarlos a la práctica, se deducen normas de comportamiento, puesto que la ética es una ciencia normativa, no sólo descriptiva, siendo éste otro contenido de la Bioética. Estas normas incluyen derechos y deberes que afectan al personal sanitario y al paciente, como: confidencialidad, veracidad, consentimiento informado, etc. Aplicando las normas a casos concretos se hace el juicio, guiado por la prudencia.

3. LA BIOÉTICA PERSONALISTA

Se apoya en una antropología y una teoría del acto que hacen derivar de ella

unos principios generales de Bioética, asumiendo en ellos el papel de la virtud, en la formación y consolidación de la conciencia ética. Haciendo un pequeño resumen se podrían indicar los siguientes presupuestos:

a) La virtud no debe excluir a los principios; es posible instaurar un equilibrio interno entre ésta y el deber. Se requieren unos principios, para un momento especulativo, en el que se elabora el juicio intelectual ético y una aplicación práctica, al aquí y al ahora, a través de una virtud. Todo ello mediado por la cualidad de la prudencia que participa de ambos instantes. El juicio práctico especulativo tiene una función directiva del comportamiento en general y del acto en particular, pero éste es especificado en el juicio último de conciencia, en las circunstancias concretas, mediante las virtudes. La virtud guía el juicio último práctico y guía la realización de la acción, sobre todo, a través de la prudencia que, conociendo lo bueno, lo quiere y lo hace ser o lo pone en existencia. En última instancia, se realiza la aplicación de los principios a la situación particular. En este modelo, la virtud es una disposición que actúa en conformidad con las obligaciones éticas de los principios que en este caso sí tienen una jerarquía y un valor objetivo.

b) La Bioética tiene que estar centrada en

la persona humana, porque es el objeto principal de la Biomedicina, tanto en el aspecto de investigación básica o aplicada, como en la clínica en general. De esta forma, la propuesta Personalista se apoya en una antropología en la que la persona humana se entiende como un ser que es más que sus actos, que su comportamiento, que no deviene en persona por su actividad. Lo es por ser -simplemente- de la especie humana, prescindiendo de la capacidad o no de ejercer determinados actos, ni se reduce a la suma de ellos. Su realidad trasciende sus operaciones, de tal forma que éstas forman parte de su personalidad y son del sujeto, pero propiamente no lo constituyen, no son él. La sustancialidad de la persona es unitotalidad física, psíquica y espiritual, de tal forma que es un absurdo pensar en la existencia de un individuo de la especie humana que no sea, al mismo tiempo, ser humano y persona humana; esta trilogía de conceptos expresa una misma realidad. La individualidad y la racionalidad humana se fundamentan en la forma especial de apropiación del ser. De esta manera, axiológicamente, la persona humana por su constitución, toda ella es un fin en sí misma que exige un respeto incondicionado o inviolabilidad y pasa a ser el filtro y punto de referencia para determinar la licitud o ilicitud de las intervenciones a realizar en ella, si dañan o no el ser personal. La dignidad humana es el centro de esta

Bioética que puede definirse como Bioética de la sacralidad o inviolabilidad de la vida humana.

En esta Bioética de la sacralidad de la vida, no se trata de elegir entre valores excelentes e iguales o elegir lo menos malo, se trata de jerarquizar la acción biomédica sobre el principio terapéutico, que busca siempre el bien de la persona entera (cuerpo-mente). En síntesis, podríamos describir esta postura de la siguiente manera. En lo ético, esta concepción de la vida humana se apoya en:

1. Reconocer que la libertad y la autonomía tienen unos límites, que son el bien de la persona (no deseos) en su conjunto como mente y cuerpo. Aquí, radica la dignidad de la libertad humana, la posibilidad que da el Hombre de autodeterminarse al bien de su naturaleza. El primer deber es el respeto a uno mismo en nuestra integridad corporal. La vida es algo anterior a la libertad y que posibilita su ejercicio. Destruir la vida en nombre de la libertad, es estar destruyendo la propia libertad.
2. En el plano antropológico, esta concepción de la vida humana permite recobrar la unidad sustancial de la persona humana. El Hombre es cuerpo y la acción en éste, es acción sobre la persona. La intervención pues, sobre el cuerpo, tiene que estar guiada

a restablecer su finalismo, no se trata tanto de alterarlo, sino de hacerlo más eficiente y funcional (ecología corporal).

3. La vida humana es inviolable "per se"; no puede entenderse como una realidad con grados de mayor o menor calidad. Las limitaciones normales de la vida humana no deben combatirse en consecuencia a toda costa. Lo valioso no es un organismo sano sino el Hombre. Debemos respetar la diversidad, como medio necesario para prevenirnos de la dictadura del racismo y la eugenesia, la selección o la discriminación social.
4. Esta concepción, por último, considera a la ciencia al servicio de la verdad y de la persona, de forma que la ciencia se abriría no sólo a saber cómo funcionan las cosas sino a contemplar las cosas en sí mismas. La ciencia necesita de la ética, pues es preciso dirigir nuestra propia capacidad de dominio sobre la naturaleza.

4. SITUACIÓN EN ESPAÑA

El primer centro de Bioética se organizó en España en 1975, en Barcelona, con la denominación de *Instituto Borja de Bioética*. Le siguió la Universidad de Navarra que dispone de un *Departamento de Humanidades Biomédicas* que ha sido dirigido por el profesor Gonzalo Herranz y,

en la actualidad, lo es por la profesora Pilar León. Recientemente, se ha creado en España una *Cátedra UNESCO de Bioética* que dirige la profesora M. Dolores Vila-Coro y que organiza un Curso de Doctorado en Bioética y Biojurídica. Este Doctorado, primero y único en España, supone una innovadora iniciativa y pretende dar respuesta a una serie de necesidades e inquietudes formativas, profesionales y sociales, sobre la base de una fundamentación humana y racional. El profesor Polaino-Llorente ha dirigido la edición de un *Manual de Bioética General* en el que han colaborado autores como el profesor Brugarolas, la profesora Castellano y el profesor Melendo. La *Asociación Española de Bioética y Ética Médica* publica *Cuadernos de Bioética* como su revista oficial y en su Comité Editorial figuran, entre otros, el profesor Ferrer, el profesor Pastor y la profesora Tomás. El *Instituto de Consulta y Especialización en Bioética* publica la revista *Bioética y Ciencias de la Salud* cuyo director científico es el profesor Iceta y la directora ejecutiva, la profesora Espejo. Este Instituto también organiza un Master de Bioética que consta de cuatro áreas de conocimiento que son: Fundamentación bioética, bioética clínica, biojurídica y ciencias humanas y biomédicas. También la *Sociedad Valenciana* y la *Catalana de Estudios de Bioética* realizan estudios que difunden a través de publicaciones.

BIOÉTICA Y TEOLOGÍA

Panel

*Instituto de Bioética hoy: logros
y desafíos*

19 de octubre de 2004.

Pbro. Rubén O. Revello

- Sacerdote del clero de Lomas de Zamora (Buenos Aires) y Párroco de Sagrada Familia de Nazareth (Banfield, Buenos Aires, Argentina)
- Estudios Superiores de Teología (Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Especialista en Bioética de la Universidad del Sacro Cuore (Roma)
- Consejero Titular de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud (UCA)
- Coordinador del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina – UCA)
- Docente e Investigador del Instituto de Bioética (UCA)
- Profesor Adjunto de Teología Moral en la Maestría en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, UCA)
- Profesor de Antropología Teológica, Carrera de Psicología (UCA)
- Profesor de Doctrina Social de la Iglesia, Carrera de Psicología (UCA)
- Perito en Bioética de la Conferencia Episcopal Argentina
- Secretario Ejecutivo de la Comisión de Fe y Cultura (Conferencia Episcopal Argentina)
- Coordinador de la Comisión de Seguimiento Legislativo (Conferencia Episcopal Argentina)
- Coordinador del Observatorio Cultural de la UCA y de la Conferencia Episcopal Argentina
- Miembro Titular del Comité de Ética en Medicina, Academia Nacional de Medicina

Palabras clave

- Teología
- Ciencias
- Bioética Personalista
- Corpus Vitae
- Magisterio de la Iglesia

RESUMEN

El autor resume en estas líneas las principales actividades desarrolladas por el Instituto de Bioética UCA en cuanto a la enseñanza de la Teología, en el marco de la Bioética, destacando el papel principal del "Corpus Vitae" en esta labor.

Si bien es cierto que la Bioética Personalista no es una Bioética confesional -Mons. Sgreccia se ha ocupado de remarcarlo cada vez que tiene ante sí un auditorio-, sin embargo, su coincidencia con la reflexión que la Iglesia hace, tanto desde el Magisterio cuanto desde la Teología Moral, son innegables.

Esto tiene su razón de ser, ya que toda sana antropología está abierta a la trascendencia, refiere a la metafísica y, ésta, halla su plenitud cuando le sale al encuentro el dato revelado sobre el cual reflexiona la Teología. De modo tal que podemos decir que, así como la Bioética Personalista es puente entre la Antropología y la Teología, ésta es la plenitud de la Ética y, consecuentemente, de la Bioética.

Ya lo decía la Constitución Apostólica *Gaudium et Spes*, "Cristo, muestra el hombre a los hombres". Cristo es causa ejemplar, eficiente y final de la vida de todo Hombre (varón y mujer), creyente o no.

Estos argumentos, que nos cuidamos de no mencionar en el diálogo con el mundo de la ciencia para no ser (injustamente) acusados de fundamentalistas, son, sin embargo, el último fundamento de nuestra mirada sobre la dignidad del Hombre.

Por otro lado, es de lamentar que debamos proceder de ese modo, pues toda descalificación a-priori del otro, tiene más de subjetivismo que del proceder abierto a la verdad allí donde se halle, que es más propio de la ciencia.

Sin la Teología, aún los bienes presentes en una ética meramente humanista quedarán a mitad de camino; serán sólo un pálido reflejo de la plenitud a la cual están llamados a participar por su Creador.

Veamos, por ejemplo, el abismo que existe entre el principio de justicia/solidaridad, basado en la frágil fraternidad de las convenciones humanas, como la que propone la revolución francesa, de aquel otro infinitamente más sólido y estable que se apoya en la clara referencia a un Padre común. En el primer caso, la obsesiva afirmación de la libertad individual concede, a regañadientes, una auto-limitación de su soberanía, para hacerle lugar a la libertad del otro, un costo que debe pagarse para permitir la convivencia social, en una actitud que tiene más

de simbiosis interesada que de generosa apertura al otro. En el segundo caso, la libertad humana reconoce humildemente la limitación que surge de su dependencia existencial respecto de Alguien superior, que no sólo lo ha creado a él, sino a otros con derechos semejantes. En este segundo caso, la justicia encuentra su fundamento en un principio estable, permanente, que va más allá de los vaivenes de las convenciones y conveniencias circunstanciales.

Por otro lado, al diálogo se va con un rostro concreto, con una identidad determinada, no es cuestión de "disimular" y, menos, de avergonzarnos de lo que somos. La fe no es una discapacidad, sino un *plus* que, lejos de situarnos en una actitud soberbia de creernos dueños de la verdad, sabe encarnarse en la historia y sale a dar "razones de la esperanza a la que hemos sido llamados", como ya recomendaba el apóstol Pedro (1 Pe. 3).

La fe no nos excusa de las exigencias de un lenguaje filosófico, mucho menos, nos permite ignorar las cuestiones médico-científicas, sino, todo lo contrario: el lenguaje filosófico es una condición de la Bioética transdisciplinar, la referencia a las cuestiones médico-científicas es la médula propia de nuestra materia, pero la reflexión teológica, es un don con el que contamos los creyentes para entender, con una luz distinta, la compleja rea-

lidad que nos exige respuestas cada vez más aceleradas.

El Magisterio de la Iglesia, aún desde antes del surgimiento de la Bioética como ciencia independiente, incursionaba en temas propios de esta forma de conocimiento. Son por todos conocidos los mensajes y discursos del Papa Pio XII en Congresos Médicos. Sus enseñanzas en torno a las prácticas médicas, fueron los primeros pasos de un Magisterio que comenzaba a dar respuestas a temas propios de la Bioética.

El recordado Pablo VI, con la Encíclica *Humanae Vitae*, dio un paso difícil pero fundamental en la defensa de la dignidad de la sexualidad humana. Paso que no siempre fue entendido y acompañado como debía serlo.

Pero, sin duda alguna, el actual Pontífice, Juan Pablo II, fue el más prolífico de todos. Sus escritos sobre el sentido del dolor humano; el valor de la corporeidad y, dentro de ella, de la sexualidad humana; la propuesta genial de una cultura de la vida como alternativa a la cultura de la muerte; los documentos de los diversos dicasterios romanos referidos a la dignidad de la vida humana desde la concepción, a los temas de la eutanasia y el aborto, a la clonación y uso de células estaminales y tantos otros que jalonan el camino recorrido en estos últimos años.

Nuestro Instituto, desde sus comienzos, ha hecho una opción por la enseñanza de este abundante material.

Viendo la coherencia interna, así como la abundancia de todo lo producido por el Magisterio, nos permitimos llamar "Corpus Vitae" al conjunto de los documentos de la Iglesia referidos a la vida, en general, y la vida humana, en particular.

Hemos brindado varios cursos de difusión masiva de los documentos de la Iglesia, intentando dar a conocer esta producción dirigida a todos los creyentes y a todos los Hombres de buena voluntad.

Jóvenes estudiantes, parlamentarios, médicos, docentes y abogados han aprendido a tomar contacto con el Magisterio, sin los a-priori mediáticos que destacan un aspecto particular y deforman, como un juego de espejos, la verdadera intención de los mismos.

Aún más, como de la lectura atenta surge espontáneamente la unidad intrínseca

que recorre todo el árbol doctrinal, es de desear que los estudiantes consigan adquirir una forma mental que les permita dar el paso de la certeza intelectual a la convicción personal, de modo que puedan participar de una mística de la vida.

En fin... el objeto de enseñar el *Corpus Vitae* en el Instituto es parte de una estrategia que intenta ilustrar a los creyentes en aquello que nos es propuesto por nuestros pastores y, de un modo particular, por el Santo Padre como camino verdadero.

Nos queda un recorrido largo y desafiante: difundir el pensamiento de la Iglesia dentro y fuera de Ella, mostrar su compatibilidad con la ciencia y ofrecer su reflexión a la investigación. Recordar a los Hombres su propia dignidad y proponerles a Cristo como modelo a alcanzar, es lo que nos queda por delante. Este desafío supera en mucho nuestras posibilidades, pero afortunadamente contamos con la fuerza que viene de lo alto: Jesucristo, el Camino, la Verdad y la Vida.

BIOÉTICA Y BIOTECNOLOGÍAS

Panel

Instituto de Bioética hoy: logros y desafíos

19 de octubre de 2004.

Dra. Margarita Bosch

- Licenciada en Ciencias Biológicas (Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Buenos Aires –UBA–)
- Doctora en Ciencias Químicas (Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, UBA) con el trabajo de campo realizado en la Fundación Campomar.
- Curso de Perfeccionamiento en Bioética (Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma, Italia)
- Docente de Bioética I y II en la Maestría en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Fac. de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Investigadora del Instituto de Bioética (Fac. de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Directora del Curso *Biotecnología y Bioética* (Instituto de Bioética, Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina)

Palabras clave

- Biotecnología
- Vida humana
- Genética
- Proyecto Genoma Humano
- Clonación
- Transgenia
- Células estaminales

RESUMEN

En el presente artículo la autora presenta una breve síntesis de los avances que se fueron dando en los últimos años en el campo de la Biotecnología, los cuales se vieron reflejados en el curso de "Biotecnología y Bioética" por ella dirigido y llevado adelante por el Instituto de Bioética UCA.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las modernas biotecnologías ha alcanzado diversos ámbitos de la vida del Hombre y amenaza con desvirtuar lo Humano en la persona, su dignidad, el criterio de justicia y de bondad y hacer perder el rumbo, a costa de su poderío, a la sociedad humana.

Tratar de encontrar un puente entre humanidades y ciencias es más que un deseo magníficamente expresado por Van Raenslaer Potter en su libro *Bioethics, bridge to the future*. Es una urgencia y un verdadero desafío.

EL APORTE DE LA BIOLOGÍA A LA MODERNA BIOÉTICA

Siempre me ha llamado la atención el hecho de que los primeros Institutos de Bioética en Estados Unidos constituyeran bibliotecas con una gran cantidad de recortes de diario. ¿No haría falta, para el

análisis bioético, una visión médica y científica?

Conocer la realidad, haber comprendido bien de qué se trata, aclarar, enriquecer, separar la noticia de la realidad médica y científica para poder encontrar cuál es el dilema ético, qué valores están en juego, es necesario.

Según ha señalado con maestría Mons. Elio Sgreccia aquí, y como se desprende de su método triangular para la Bioética Personalista, el primer paso es la comprensión del hecho desde todas las perspectivas.

El primer tema en el que participé fue, con otros investigadores reconocidos, el estatuto ontológico y biológico del embrión humano: qué derechos debían serle reconocidos; ante la posibilidad de actuar sobre él, qué entidad tiene y qué valores representa; la necesaria continuidad entre el embrión, el feto y el niño nacido; el deber de garantizar las condiciones de desarrollo que la ciencia le ha negado, el útero materno. Tema que toca al embrión "in vitro", a la píldora del día después y al aborto en todas sus formas.

Esto dio lugar a mi primer trabajo de investigación, *Fecundación y Concepción, ¿coinciden?* En él buscaba responder a la cuestión de desde cuándo -en el proceso que va desde la formación de gametas,

su encuentro y el inicio del desarrollo embrionario- se está en presencia de un ser humano y, por tanto, de una persona, uno de nuestra propia especie, un ser a quien reconocer uno de nosotros para garantizarle un trato humano y, por sobre todo, la continuidad vital.

El resultado, basado en publicaciones científicas del área de la Bioquímica, la Biología del desarrollo y la Genética, fue reconocer que, al momento de contacto de membranas entre las gametas, células teleológicamente preparadas, se produce la concepción, un estallido de vida, una activación bioquímica del ovocito (al que se llama, generalmente, óvulo), un verdadero salto cualitativo de célula a organismo, producto de la fusión de las gametas. Entonces, esta nueva realidad biológica -que es el producto de la fusión de dos gametas de signo sexual opuesto- comienza a ejecutar el programa de desarrollo propio de la especie, que está pautado genéticamente y viene preparado, al menos en sus primeros estadios, por esa célula increíble que es el óvulo humano. Preparado para: responder a la acción espermática, evitar la entrada de una segunda célula -lo que lo volvería inviable-, organizar el nuevo complemento genético generado por reunión de los 23 pares de cromosomas heredados del padre y la madre a través de las gametas, digerir al espermatozoide y reubicar las moléculas que éste aporta a la

nueva realidad que se ha conformado, el embrión humano unicelular, el cigoto.

El trabajo fue publicado en el primer número de la revista *Vida y Ética*, publicación del Instituto de Bioética de la UCA. Se volcó, asimismo, en numerosas conferencias y es material de estudio de nuestros estudiantes de posgrado. El mismo reunió datos encontrados por científicos de todo el mundo para quien tuviera que participar de reuniones donde se discutieran estos temas, por ejemplo, el entonces en funcionamiento Comité Nacional de Bioética, donde se discutía una posible ley sobre Fertilización In Vitro, que todavía no ha sido aprobada en nuestro país.

Por entonces, ya estaba en curso, además, el llamado Proyecto Genoma Humano (PGH) que exponía nuevamente la naturaleza más íntima de la materialidad del Hombre: su genética. Conocer los secretos guardados en el Genoma, sumado a la posibilidad de manipularlo genera dilemas éticos: ¿no expondría al ser humano a nuevos atropellos?

Era conveniente primero conocer las posibilidades reales de la Genética, para poder evaluar después la necesidad y el alcance de la respuesta bioética, dado el impacto en la dignidad de la persona, que puede ser comprendida desde su so-la genética, y los riesgos de los sujetos,

ahora todos vulnerables frente al poder que se genera.

Aparecen nuevas preguntas y situaciones de riesgo que antes no lo eran. Con un testeo sobre cualquier célula de una persona se obtiene su información genética y ésta puede estar, sin consentimiento del individuo, en manos de una compañía de seguros, un servicio nacional de salud público o privado y, también, de un Estado totalitario. Desde esta perspectiva, la obtención de material biológico de una persona presenta un riesgo y requiere de un consentimiento.

Igualmente, consideraciones de tipo materialista o deterministas respecto a los seres humanos, derivadas de dar demasiada importancia a la genética o al cuerpo del individuo. Se expone a las personas a ser catalogadas, injustamente discriminadas o, peor aún, anuladas, como el caso del criterio del "*wrongfull birth*" y la vida naciente que porta anomalías.

Además, ¿qué consecuencias tiene el saber la propensión a sufrir enfermedades limitantes en la tercera edad si no puedo hacer nada para evitarlas?, ¿qué criterio debe adoptarse frente a la selección de embriones antes de la implantación o al embarazo de un niño que porta una "genética equivocada" y es el único que una pareja quiere tener?

La ciencia, llegando a lo más secreto que había en el cuerpo humano, el núcleo celular, lo saca a la luz y nos vuelve frágiles, en una cultura de valores antropológicos débiles.

Pero la realidad avanza más rápido que la imaginación: en febrero de 1997, se presenta al mundo la oveja Dolly, "nacida" seis meses antes en el Instituto *Roslin* de Escocia como prueba de que el Hombre puede quebrar las reglas de la naturaleza misma, ya que los mamíferos no se reproducen por clonación. Al mismo tiempo, abrió todo un capítulo de manipulaciones en el laboratorio de las que los seres humanos no están libres, desde que Louis Brown (primer bebé de probeta), en esa época, ya iba a la escuela.

También puso en evidencia cómo, en el ámbito científico, algunos grupos pueden mentir: nunca estuvo claro qué célula usaron los investigadores como donante de núcleo para la transferencia nuclear (técnica que dio origen a Dolly y sus "parientes" genéticas). Dato de gran importancia biológica.

El temor se tradujo en declaraciones prohibiendo la clonación humana a lo ancho del mundo. Declaraciones que fueron completamente ignoradas: el 25 de noviembre de 2001, José Cibelli y su empresa anunciaron en EE.UU. que habían clonado por primera vez un embrión huma-

no y no fueron penalizados, aunque la clonación humana había sido prohibida, expresamente, en varios países, incluido el nuestro.

La noticia mostró, otra vez, falta de seriedad: la misma institución que investiga, aporta el comité editorial para la publicación y establece un comité de ética para discutir acerca de los dilemas que se generan. No se puede ser juez y parte al mismo tiempo, al menos, no con credibilidad.

Y el trabajo se multiplicó: recordar la aventura, durante 2002, del ginecólogo italiano Severino Antinori, quien prometió practicar la clonación sobre 200 parejas voluntarias, en un barco en el mar, si fuera necesario, y también aquella de la secta de los raelianos que, en Francia, hacia fines del mismo año, prometieron un bebé nacido por estas técnicas. Nada de esto ocurrió. La distancia entre las noticias de la prensa, la ética y la ciencia, sea en sus promesas como en sus reales posibilidades, muestra ser muy grande y debe ser revisada.

Otro campo de gran actualidad en este ámbito es el tema de las células *stem* para regeneración celular y tisular y su potencialidad terapéutica. Las células estaminales vienen con la esperanza de que muchos vuelvan a disfrutar de funciones perdidas o dañadas, pero también con la

amenaza de la clonación terapéutica, que implica clonar seres humanos y convertirlos en fuente de tejidos para otras personas, es decir, hacer un ser humano quebrando todas las reglas éticas, antropológicas y biológicas para destruirlo y así dar alivio a otro o, incluso, sólo para intentarlo.

Una enorme desproporción, injusta y ofensiva: poner al público ante la falsa disyuntiva de elegir entre destruir "algunos embriones" en pos de mejorar la vida de muchas personas y, esto, a través de una tecnología muy cara, lo que también supone una inequidad.

Se ha trabajado activamente en proponer los modelos de estudio de células *stem* adultas, de traer a la discusión las posibilidades reales que nos ofrecen técnicas que no dañan la dignidad del Hombre. Mediante estas técnicas, se extraen del mismo paciente células que pueden mejorar su recuperación de un infarto reciente, por ejemplo, o devolver células sanguíneas a personas que han recibido agresivos tratamientos oncológicos y citostáticos. De esta manera, se evitaría el daño en todas sus formas: del embrión que será formado y destruido, de los investigadores que desarrollan la clonación humana, de las personas que, ilusionadas, piden desesperadas estos tratamientos, porque no podemos negar que el Parkinson, la distrofia muscular de Du-

chene, la vida en una silla de ruedas y otras situaciones son muy penosas y generan mucho sufrimiento.

Hacia la misma época, en Argentina, una empresa farmacéutica anunciaba la puesta en "funcionamiento" de una vaca, la vaca Pampa, producida por técnicas de transgenia y de clonación, capaz de producir sustancias farmacéuticas en la leche para uso humano. Como se dice en el Río de la Plata, sólo debemos "ordeñar la vaca"... y sus clones, Pampa Serena y Pampa Clara. El comienzo de un establo transgénico. Fin bueno de una técnica con mala prensa.

Claro que, desde el punto de vista de la Bioética, existe una diferencia esencial entre esto y la clonación humana: un animal que, convenientemente manipulado, puede producir medicamentos para ponerlos en el mercado a un precio sensiblemente menor que el resultante si se obtienen por biosíntesis química y, por tanto, accesibles a un número mayor de pacientes. Un resultado que todavía requiere la pregunta de si el Hombre debe manipular la naturaleza hasta este punto o de si estamos aprendiendo con mamíferos superiores una técnica que, luego, puede aplicarse a humanos.

Una manipulación novedosa de una naturaleza que fue creada con otros fines. ¿Estará esto de acuerdo a la Voluntad del

Creador? ¿Estará el Hombre custodiando el jardín mientras lo cultiva o habrá perdido el rumbo y, con este, la razón?... Su razón de ser y su relación con la naturaleza, venida de y sostenida por el Creador, que nos habla y nos liga también con Él.

El planteo se extiende a toda el área de la transgenia en los seres vivos. La Argentina es el segundo productor mundial de granos transgénicos y se trabaja muy activamente en este tema: desde las empresas y desde el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca.

Esta explosión de temas de biotecnología dio pie a la estructuración del curso "Biotecnología y Bioética", que tuvo una primera edición en el año 2000, bajo el título "Biotecnología y Sociedad" y fue cursado por aproximadamente 60 alumnos. En el año 2002, contó con tres módulos dedicados a familia, técnicas de FIV y células *stem*, formato que se repitió en 2003, con 4 módulos, totalizando los 123 alumnos. Hoy, en 2004, consta de 6 módulos: alimentos transgénicos; ecología, ética y manipulación; ética de la investigación científica y médica; hombre y mujer en los albores del siglo XXI, nuevas técnicas reproductivas; células *stem* y clonación; genética y PGH. Este curso se dicta con la colaboración de muchos profesionales destacados y docentes de esta misma Universidad, de la Universi-

dad Austral, de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Nación y de la Fundación Campomar.

Tiene, a su vez, su correlato interno, para docentes de la Universidad Católica Argentina: un curso de extensión que se denomina "Desafíos de la Bioética en el siglo XXI" y se dicta gratuitamente, con un promedio de 40 alumnos por ciclo.

Todo esto, por supuesto, no hubiera sido

posible sin la activísima colaboración del P. Alberto Bochatey, director del Instituto de Bioética, de los colaboradores, de las chicas administrativas que trabajan a destajo y contrarreloj, de los colegas que aportan a la multidisciplinariedad gratuitamente, del Sr. Decano de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud y del Rector de la Universidad Católica Argentina, en su persona y como representante, en la Universidad, de la Conferencia Episcopal Argentina.

BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

Panel

*Instituto de Bioética hoy: logros y
desafíos*

19 de octubre de 2004.

Dra. María Liliana Lukac de Stier

- Profesora, Licenciada y Doctora en Filosofía (Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Profesora Titular Ordinaria de Filosofía en la UCA (Facultad de Filosofía y Letras, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas e Instituto de Bioética)
- Ha sido profesora visitante en varias universidades europeas y norteamericanas.
- Investigadora independiente del CONICET.
- Presidenta de la Asociación de Estudios Hobbesianos.
- Tesorera de la Sociedad Tomista Argentina.
- Miembro Correspondiente de la Pontificia Accademia Romana di S. Tommaso d'Aquino.
- Miembro Fundador del Consejo Académico de Ética en Medicina, dependiente de la Academia Nacional de Medicina y Miembro del Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Jurídicas.
- Entre sus publicaciones se destacan dos libros de su autoría, varios volúmenes colectivos y cerca de un centenar de artículos de su especialidad en revistas filosóficas argentinas y extranjeras.

Palabras clave

- Verdad
- Fundamentación filosófica
- Razón natural

RESUMEN

Establecido el status epistemológico de la Bioética, se afirman como logros del Instituto en sus primeros diez años de vida, la toma de conciencia de la necesidad de una fundamentación antropológica y ética de los temas biológicos, médicos y ecológicos más acuciantes. También se entiende como un logro el proveer herramientas racionales y discursivas a los maestrands para encarar, desde el orden natural, las cuestiones bioéticas. Finalmente, se plantean los desafíos ad intra y ad extra. Ad intra el desafío consiste en profundizar el trabajo interdisciplinario, ad extra en convertirnos en referentes ineludibles de la sociedad argentina en temas bioéticos, así como profundizar las relaciones existentes en instituciones análogas en todo el mundo.

Las grandes preguntas que todo Hombre, en tanto ser racional, se formula alguna vez en su vida, son preguntas filosóficas. Por eso sostenemos que todo hombre, por alejada que esté su formación y su carrera u ocupación de lo especulativo puede hacer filosofía, aunque no como ciencia sino como modo de vida [1]. ¿Quién de los aquí presentes no se ha preguntado por su origen, el sentido de esta vida, el fin que debe cumplir en esta

tierra o si su vida acaba definitiva y totalmente con la muerte? No están muy alejadas de estas preguntas las cuestiones bioéticas siempre vinculadas a la vida, a la muerte, a la conducta de cada persona respecto de sí misma y de la comunidad en la que está inserta. Por lo tanto, las preguntas bioéticas y sus cuestiones más espinosas requieren de una fundamentación filosófica sin la cual sus respuestas no serían otra cosa que un recetario o fórmula para tranquilizar conciencias.

Afortunadamente, cuando surgió la idea de fundar un *Instituto de Bioética*, tanto el entonces Rector Fray Domingo Basso, o.p., teólogo y filósofo especialista en temas morales, como el Dr. Hugo Obiglio, su primer director, tenían clara la necesidad de trabajar los fundamentos antropológicos y éticos que justifican toda respuesta científica a los problemas bioéticos.

Por otra parte, si aceptamos que la Bioética es una de las éticas aplicadas, epistemológicamente la ubicamos entre las ramas prácticas de la filosofía, concretamente las práctico-morales, que buscan el saber para obrar y tienen por objeto los actos humanos en cuanto ordenados al fin último del hombre. Es evidente, por tanto, que tiene una

[1] Véase S.S. Juan Pablo II, *Fides et Ratio*, 1998, 30: "Cada hombre, como yo he dicho, es, en cierto modo, filósofo y posee concepciones filosóficas propias con las cuales orienta su vida".

dependencia epistémica de la Ética que, a su vez, guarda una subalternación propia con la Antropología Filosófica, pues no es posible hablar de una conducta moralmente recta o moralmente viciada si no se tienen en claro quién es el sujeto de esa conducta y cuáles son sus propiedades específicas.

La necesidad de una fundamentación filosófica ha sido y es, día a día, confirmada por los maestrandos, en su mayoría profesionales provenientes de las ciencias de la salud, quienes ávidos de respuestas a sus interrogantes se acercan, inicialmente con timidez y respeto, a disciplinas mayormente nunca transitadas con anterioridad. Buscan argumentos racionales para fundar sus respuestas a situaciones límites que viven con y frente a sus pacientes.

Vistas las cosas de este modo, puedo afirmar que uno de los logros del *Instituto*, desde su fundación hasta nuestros días, ha sido proveer de herramientas racionales y discursivas a nuestros maestrandos para que desde una filosofía realista, que parte de las propias experiencias, puedan entender qué es esencial y existencialmente el hombre, cuáles son sus potencias específicas, cuál es el fin último al que encaminan su existencia, en qué reside el valor metafísico de la persona humana, en qué consisten la falibilidad y la perfectibilidad humanas, cómo se per-

fecciona el hombre, qué virtudes debe buscar y qué vicios evitar, cuál es el valor de la conciencia, qué papel juegan los principios y las normas en el comportamiento personal y social, cuestiones que sintetizan, de algún modo, la temática que abordamos tanto en Antropología Filosófica como en Filosofía Moral.

Ciertamente, tenemos aún mucho camino por recorrer buscando *ad intra* un trabajo interdisciplinario más profundo, para que los temas biológicos, médicos y ecológicos encuentren en la filosofía la fundamentación natural a partir de los principios, en la teología la iluminación desde la Revelación y la fe, y en el derecho los instrumentos legales precisos para la protección de la persona, perfectamente imbricados y entretejidos de modo tal que nuestros maestrandos perciban nuestras enseñanzas como un todo doctrinario al servicio de la verdad.

Aquí deseo recalcar la importancia de apoyarnos, primariamente, en el orden natural pues debemos demostrar que defendemos verdades porque son tales y, por ende, valen para creyentes y no creyentes, porque se accede a ellas con la sola razón natural y no porque profesemos tal o cual credo religioso. Esto no significa cerrarse a la trascendencia, ignorar o mantenerse indiferente frente al fenómeno religioso sino reconocer que, si la gracia no anula la naturaleza

sino que la supone y perfecciona, debemos esforzarnos primero por desarrollar las verdades naturales que nos permiten dialogar con todos, incluso con los no creyentes en orden a defender una "cultura de la vida" que desplace la muy difundida y coetánea "cultura de la muerte" [2]. Por otra parte, la unidad de la verdad, natural y revelada, nos permite conciliar la secularidad del mundo con las exigencias radicales del Evangelio [3]. Sabiamente nos recuerda S.S. Juan Pablo II, en la *Fides et Ratio*:

"Esta verdad que Dios nos revela en Jesucristo no está en contraste con las verdades que se alcanzan filosofando. Más bien los dos órdenes de conocimiento conducen a la verdad en su plenitud. La unidad de la verdad es ya un postulado fundamental de la razón humana, expresado en el principio de no contradicción" [4].

Ad extra el desafío es aún mayor: convertirnos en referentes ineludibles para la sociedad argentina en los temas bioéticos. Debe reconocerse que el P. Bochaty, o.s.a. ha trabajado y trabaja incesantemente para lograrlo, pero en los medios de comunicación masiva suele reinar la

confusión y, en aras de un supuesto pluralismo, equiparan la voz de un científico con la de un "opinólogo", sin problema alguno. En este caso una acción "sin prisa pero sin pausa" es la clave.

Forma parte del desafío profundizar las relaciones existentes con instituciones análogas en todo el mundo. Las personalidades que asisten a este *1º Congreso Internacional de Bioética Personalista* muestran los pasos ya dados por el Instituto en este sentido. Sin embargo, creo que desde la perspectiva propiamente filosófica falta lograr una determinación más precisa del significado del personalismo ontológico y sus consecuencias morales.

Por último, el mayor desafío consiste en mantener un diálogo permanente con las posturas bioéticas contrarias, relativistas, pragmatistas, utilitaristas y globalizadas. Aquí cabe la insistencia en la preparación y fortalecimiento de la razón natural [5], actitud fundamentalmente filosófica. No obstante, la limitación propia de nuestra razón puede verse compensada por el Espíritu Santo a quien invocaremos cuando nos sintamos como "la voz que

[2] Cfr. S.S. Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, 1995, 19.

[3] Cfr. Siervo de Dios, Paulo VI, Carta ap. *Lumen Ecclesiae*, 1974, 8.

[4] *Fides et Ratio*, 1998, 34.

[5] Cfr. Tomás de Aquino; *Contra Gentes* 1, 2: "así como contra los judíos podemos disputar por el Viejo Testamento, y contra los herejes por el Nuevo, más estos [los mahometanos y paganos] no admiten ninguno de los dos. Por tanto, hemos de recurrir a la razón natural que todos están obligados a aceptar"...

clama en el desierto". Recordaremos, entonces, que fue un puñado de hombres, los apóstoles y discípulos de Cristo, los que llenos del Espíritu Santo consi-

guieron penetrar una sociedad decadente, logrando la mayor revolución espiritual, aún en curso, que haya vivido la humanidad: la del Amor.

BIOÉTICA Y FAMILIA

Panel

*Instituto de Bioética hoy: logros
y desafíos*

19 de octubre de 2004.

Dra. Zelmira Bottini de Rey

- Médica especialista en Pediatría.
- Docente de la Cátedra de Pediatría (Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina).
- Profesora con Dedicación Especial del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina).
- Profesora del Magíster en Ética Biomédica del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina).
- Docente Asistente de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud (Universidad Católica Argentina).
- Directora del Seminario de Formación de Agentes de Planificación Familiar Natural.

Palabras clave

- Procreación responsable
- Planificación familiar natural
- Sexualidad

RESUMEN

La encargada del área de Planificación Familiar del *Instituto de Bioética* repasa la oferta académica destinada a la formación de agentes de PFN; puntualiza, entre los frutos de dicha tarea, el accionar comunitario mediante la constitución de centros de PFN y detalla los resultados de la investigación de campo sobre conocimientos básicos de fertilidad humana. Señala, por último, los desafíos a tener en cuenta en el ámbito de los servicios de salud.

Desde la creación del *Instituto de Bioética* en el año 1994 se ha trabajado en el área de procreación responsable y de sexualidad. Específicamente, las tareas desarrolladas han sido en las áreas de docencia, asistencia (apertura a la comunidad) e investigación.

DOCENCIA

La necesidad de formar agentes de Planificación Familiar Natural (PFN) surgió en las conclusiones de la *Jornada por la Vida* que organizó, en 1993, la Comisión de Defensa de la Vida de la Arquidiócesis de Buenos Aires en ocasión del XXVº aniversario de la encíclica *Humanae Vitæ*. Los dos primeros seminarios se dictaron en la sede de esta Comisión y a partir de 1997 pasó a depender del *Instituto*, entonces llamado de Ética Biomédica. Este año, se

está terminando de dictar el 9º Seminario Anual de Formación de Agentes de Pastoral en PFN.

Dicho Seminario tiene como objetivo formar agentes con conocimientos científicos sólidos y formular estrategias para la enseñanza del reconocimiento de la fertilidad a mujeres adultas y adolescentes, así como asesorar respecto del método natural más adecuado a la realidad de cada matrimonio, en el marco de una antropología y ética personalista y conforme al Magisterio de la Iglesia Católica.

Por otra parte, a partir del año 2001, y como respuesta a los pedidos del interior del país, comenzó a dictarse el mismo seminario con la modalidad a distancia. Este año se está concluyendo el 5º Seminario que consta de cuatro módulos, cada uno con una unidad biológica y otra humanística que se envían por correo postal. Al finalizar el curso se organiza un encuentro presencial de carácter obligatorio, de dos días de duración durante el cual se lleva a cabo la evaluación individual y escrita.

En tanto, se realizaron dos Jornadas de Actualización en PFN, en 1999, destinadas a todos aquellos que trabajan en vinculación con este tema, a fin de compartir experiencias, enriquecer conocimientos, potenciar acciones y comenzar a formar una red nacional de agentes de PFN.

Desde hace tres años se realizan encuentros mensuales de ex alumnos de los Seminarios con el objetivo de enriquecer la formación, actualizar conocimientos, comunicar experiencias y fomentar acciones individuales y grupales. A ellos concurren alrededor de 50 personas cada mes, lo cual sería un 10% de la cantidad total de alumnos que realizaron nuestros cursos.

Al mismo tiempo, estas temáticas se incluyen en el cuerpo de contenidos del Magíster de Bioética y otros posgrados de la Universidad.

ASISTENCIA O APERTURA A LA COMUNIDAD

Como primer resultado importante del Seminario comenzaron a funcionar dos centros de enseñanza de PFN: uno en la sede de la Asociación Pro Familia y otro en la sede de la Comisión Nacional de la Liga de Madres de Familia.

Actualmente, funcionan varios centros más en la Arquidiócesis de Buenos Aires, en el conurbano bonaerense y en cuatro provincias. Todos ellos están atendidos por ex alumnos del Seminario, presencial o a distancia, trabajan de manera similar, utilizan el mismo material didáctico y están asesorados por la directora y las profesoras del Seminario.

En estos centros se enseña el reconoci-

miento de la fertilidad a las mujeres que lo requieran y se capacita a los matrimonios para que puedan aplicar el método natural que mejor se adecue a su realidad.

INVESTIGACIÓN

Se ha realizado una investigación de campo sobre conocimientos básicos de fertilidad humana. Los resultados obtenidos muestran la necesidad de continuar elaborando programas destinados a educar a la población general y especialmente a los jóvenes en los temas relativos a la sexualidad y procreación responsable. Por otra parte, los resultados de la citada investigación explican, de alguna manera, las dificultades que se tienen cuando se propone, en las distintas comunidades, la alternativa natural de planificación familiar. Los prejuicios que existen ante esta temática, unidos a la ignorancia constituyen escollos muy difíciles de salvar.

En esta área se han elaborado también varios trabajos científicos de seguimiento de usuarias que aplican métodos naturales y nuevas tecnologías que han sido presentados en distintos Congresos y simposios nacionales e internacionales.

DESAFÍOS

Esta década de trabajo marca asimismo numerosos desafíos por delante. Entre ellos, cabe mencionar:

- Continuar y consolidar los seminarios de Formación de Agentes, incorporando estrategias didácticas adaptadas a las distintas realidades socioculturales.

- Responder a los pedidos de distintas diócesis del país que solicitan asesoramiento para estructurar, diseñar y planificar la formación de agentes multiplicadores de la cultura de la vida, en general, y de planificación familiar, en particular.

No cabe duda de que estos agentes multiplicadores estimulan la formación de un núcleo de pensamiento con una acción muy concreta en la evangelización de la cultura.

Al hablar de desafíos es necesario tener en cuenta la coyuntura actual. El avance de las propuestas de Salud Sexual y Reproductiva determinan un momento clave en el que es fundamental lograr un espacio en las áreas de salud, dando una respuesta desde una antropología personalista e intentando, también aquí, la evangelización de la cultura.

Es por eso que desde el *Instituto de Bioética* se propicia que en los Consultorios de Procreación Responsable de los establecimientos sanitarios se ofrezca a las mujeres la posibilidad de aprender a realizar el reconocimiento de su fertilidad. La adquisición de este conocimiento tiene probados beneficios y es la base para

que pueda, posteriormente, realizar elecciones informadas, libres y responsables. Dicho reconocimiento de la fertilidad resulta el primer paso del proceso de aprendizaje de un método natural, en caso de que opte por la alternativa de la regulación natural de la fertilidad. En el supuesto de que elija el camino de la anticoncepción, la mujer habrá adquirido, al aprender a reconocer su fertilidad, los elementos necesarios para comprender cabalmente el mecanismo de acción de los distintos métodos, los efectos adversos y secundarios y poseerá elementos para distinguir si se trata de un verdadero anticonceptivo o un abortivo.

Hoy puede afirmarse que a menudo las mujeres son atropelladas en los Consultorios de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, ya que se les imponen presuntas *soluciones*; carecen de oportunidades de realizar elecciones libres, dado que no conocen las distintas alternativas y que la tan proclamada *autonomía* de las mujeres, en la práctica, constituye una farsa.

Es fundamental que los servicios sanitarios cuenten con personas debidamente capacitadas para realizar la enseñanza del reconocimiento de la fertilidad y de los métodos naturales con el propósito de brindar información completa. En este sentido, en el *Instituto* se está desarrollando un curso dirigido a agentes de

salud que tiene como objetivo habilitarlos para que realicen una adecuada *promoción* y una responsable *enseñanza* de los métodos naturales.

El aspecto de la promoción no es un tema menor, ya que es sabido que en ámbitos públicos, la demanda de la Planificación Familiar Natural es muy escasa porque no se conoce la alternativa. Por otro lado, cuando surge la demanda no se la orienta, por el contrario, se la desestima.

Por su parte, el sistema de consejería en Planificación Familiar orientado por el Ministerio de Salud de la Nación no tiene posibilidades de dar respuestas válidas en Métodos Naturales. Se maneja con la Guía de Métodos Anticonceptivos elaborada por dicho Ministerio, cuyo abordaje de los métodos naturales es confuso e insuficiente y, de ser seguido por los efectores de las "consultorías" de planificación familiar, sería la mejor manera de alcanzar el fracaso de cualquier método natural.

No se tiene en cuenta que el éxito de los métodos naturales dependen de que estén bien enseñados, bien aprendidos, además de bien aplicados. Se ignora también que es necesario realizar un proceso educativo guiado por una persona debidamente capacitada.

Exigir a las autoridades que se enseñen

los métodos naturales en los establecimientos sanitarios, a solicitud de los interesados, como una forma de dar cumplimiento al listado de métodos propuesto en el Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sin saber quién realizará esta enseñanza es un riesgo demasiado importante como para no considerarlo con mucha seriedad. Es preciso, entonces, buscar la forma de lograr la acreditación del personal idóneo formado en instituciones reconocidas.

Por eso mismo, otro de los desafíos es el acceso a la presencia en el sector salud que exige la realización de trabajos de investigación. Ha llegado el momento de realizar un trabajo de investigación multicéntrico destinado a determinar los índices de efectividad, aceptabilidad y continuidad de los métodos naturales en nuestro país. Hasta hoy no se cuenta con índices locales y ni siquiera con índices de Latinoamérica. De algún modo, el funcionamiento de centros de planificación familiar natural en diversos puntos del país, con una estructura y funcionamiento similar, da la posibilidad de reclutar una muestra significativa. A su vez, es preciso incrementar la presentación de trabajos en reuniones científicas, de manera que la temática de PFN se encuentre presente.

El hecho de que junto con las leyes de Salud Sexual y Procreación Responsable

se avanza en proyectos de ley de educación sexual obligatoria en las escuelas constituye otro desafío. En los principios y fundamentos de estos proyectos se apela al constructivismo filosófico y a ideología de la perspectiva de género lo que los hace inaceptables.

Las protestas sin propuestas resultan estériles, por lo que desde el *Instituto de Bioética* se ha asumido el compromiso de colaborar con la formación de docentes y padres mediante cursos. El objetivo de los mismos es ayudarlos en el acompañamiento a niños, adolescentes y jóvenes en un crecimiento, desarrollo y maduración integral y armónico que les permita acceder a la verdadera plenitud.

En consecuencia, durante la primera mi-

dad del año, se realizó el segundo curso de Salud y Sexualidad, con significativa concurrencia de directivos y docentes. Representa un desafío continuar con esta iniciativa e intentar ofrecerla con la modalidad a distancia.

Se trata, una vez más, de formar agentes multiplicadores que estimulen la generación de un núcleo de pensamiento que haga posible la evangelización de la cultura. Está claro que los desafíos son múltiples, que las ganas y la decisión existen, pero es imposible cumplir con ello sin la formación de grupos de trabajo y la comunión de todos aquellos que nos jugamos por la Cultura de la Vida. Por lo que invito a todo aquel que trabaja o se siente interpelado por esta temática que se sume a la resolución de nuestros desafíos.

BIODERECHO

Panel

*Instituto de Bioética hoy: logros
y desafíos*

19 de octubre de 2004.

Prof. Dr. Mariano Morelli

- Abogado y profesor en Abogacía (Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Magíster Profesional (Universidad Austral)
- Magíster en Desarrollo Humano (U.L.I.A.)
- Certificate Course in Bioethics (Curtin University, Australia)
- Profesor del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Profesor de la Universidad Nacional de Rosario y del Instituto Aeronáutico
- Socio fundador de la Asociación Argentina de Bioética
- Autor de artículos y colaborador en libros vinculados a la Bioética y el Bioderecho

Palabras clave

- Bioderecho
- Personalismo jusnaturalista y solidarista

RESUMEN

En el campo jurídico la tarea de estos diez años ha sido profundamente desafiante. Al comenzar, los desarrollos biojurídicos argentinos eran escasos. Algunos trabajos aislados sobre temas que parecían un tanto distantes. Los debates giraban en torno a la fecundación in vitro y los proyectos de ley, minoritarios, que se presentaban en el Congreso. Nuestro país carecía de obras que brindaran un tratamiento de los temas biojurídicos que resultara al mismo tiempo completo, actualizado, basado en el derecho argentino y coherente con el derecho natural. No era por ello apto para nuestra labor. Ello hizo necesario la elaboración de numerosos apuntes de cátedra, que comenzando con las nociones más generales del derecho, pasara por los temas del inicio, el fin, y la trasmisión de la vida humana, expuestos de acuerdo con los postulados del jusnaturalismo personalista y solidarista, y pensados para un público interdisciplinario. Los últimos años fueron más intensos. Surgieron planteos legales y jurisprudenciales, nacionales e internacionales, que ponen en cuestión al ordenamiento jurídico tradicional argentino, imperfecto pero respetuoso de la vida y la familia. La nueva integración de la Corte Suprema de Justicia de la Nación abre interrogantes poco tranquilizadores. Y todo

ello renueva el desafío y la necesidad de continuar con la tarea de brindar una respuesta jurídica a los temas de la bioética que, sin abandonar el lenguaje moderno, resulte coherente con el derecho natural, la dignidad de la persona humana y su vocación a la vida social.

CONSIDERACIONES BIOJURÍDICAS

En el campo jurídico la tarea de estos diez años ha sido profundamente desafiante. Al comenzar, los desarrollos biojurídicos argentinos eran escasos. Algunos trabajos aislados sobre temas que parecían un tanto distantes. Los debates giraban en torno a la fecundación in vitro y los proyectos de ley, minoritarios, que se presentaban en el Congreso sobre estas materias. Si bien hubo transformaciones normativas, muchas cuestiones de la bioética continúan reguladas sin cambios fundamentales. De todos modos, la doctrina nacional ya se hacía eco de los debates legislativos, judiciales y científicos que tenían lugar en otros países, y penetraban en los medios de comunicación y las cátedras postulados jurídicos que contrastaban con los principios de defensa de la vida, el orden natural y la familia, recogidos en nuestro derecho tradicional.

Si quisiésemos pasar revista de las transformaciones normativas nacionales, cita-

ríamos la nueva ley de trasplante de órganos y materiales anatómicos (Ley 24193), que tanto debate genera en nuestros días por acoger el criterio del donante presunto, la ley de patentes que protege a la industria farmacéutica pero impide el patentamiento de material biológico y genético existente en la naturaleza (ley 24481, t.o. Dto. 260/96), la escasamente aplicada ley de Comités Hospitalarios de Ética (Ley 24742), la ley de S.I.D.A. (Ley 23798), el Decreto que fijó la poco celebrada fiesta nacional del Día del Niño por Nacer cada 25 de marzo (Decreto 1406/98), el impreciso Decreto del Poder Ejecutivo Nacional que prohíbe la clonación referida a seres humanos, la reciente ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673). Vinculado con cuestiones de justicia social referidas a la salud, mencionamos la de prescripción de medicamentos por su nombre genérico (Ley 25649).

Pero quizás la modificación normativa más importante fue el otorgamiento de jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales de derechos humanos. Auspicioso por un lado, dado que recibió jerarquía constitucional la protección de la vida desde la concepción (Convención Americana de Derechos Humanos, Ley 23849 ratificatoria de la Convención de los Derechos del Niño), los derechos de la familia en materia de educación de la sexualidad y el derecho a

la salud. Pero al mismo tiempo peligrosa, porque ha colocado una herramienta poderosa en manos de los tribunales cuya interpretación acerca del fundamento, alcances y límites de los "derechos humanos" transita caminos de lo más imprevisibles.

Con este marco normativo hemos visto cómo nuestra Corte Suprema de Justicia entendió violatoria del derecho a la privacidad la persecución de la tenencia de drogas (*causa Bazterrica*) para abandonar tal criterio cinco años más tarde (*causa Montalvo 1990*). El mismo tribunal, apartándose de las disposiciones legales, autorizó la donación de órganos en casos de personas muy vinculadas afectivamente pero sin relación de parentesco (*causa Saguir y Dib 1980*), convalidó la privación de personería jurídica a la Comunidad Homosexual Argentina (*causa Comunidad Homosexual Argentina 1991*), reconoció fundamento constitucional al rechazo de tratamientos médicos proporcionados por razones de conciencia (*causa Bahamondez 1993*), autorizó el adelantamiento del parto de un bebé anencefálico para abreviar el sufrimiento materno (*causa Tanus 2001*), revocó la autorización para la venta de un fármaco nombrado como anticonceptivo pero con efectos antiimplantatorios (*causa Portal de Belén 2002*).

Los Tribunales inferiores y las regulacio-

nes provinciales, por su parte, han sido más audaces. Apartándose o aún contradiciendo las previsiones legales vigentes, han autorizado "correcciones legales" de sexo de travestis y transexuales operados, extendido beneficios del matrimonio a uniones homosexuales, y permitido ligaduras tubarias, al mismo tiempo que rechazaban las impugnaciones legales presentadas contra las leyes de salud reproductiva. Simultáneamente, se preocuparon por asegurar un mayor acceso de toda la población a los servicios de salud, y evitar la marginación laboral de pacientes con patologías como el HIV o la diabetes. Por su parte, algunos tribunales revelaron preocupación frente a los embriones humanos criopreservados e incluso se ordenó su censo.

En este marco se hizo necesario elaborar un cuerpo biojurídico alternativo inspirado en el personalismo iusnaturalista y solidarista, que desafíe al pensamiento único de la cultura dominante, escéptico sobre los valores, liberal, individualista y utilitarista. Una necesidad impuesta primero por la cátedra en el *Instituto de Bioética*, y a partir de allí, en el resto de la sociedad argentina, en la que contribuyeron y contribuyen, entre otros juristas, profesores como el Dr. Juan Manuel Medrano, Carlos Mosso, María José Meincke, Patricia Williams, y el suscripto.

Esta propuesta jurídica alternativa debe

sostener con claridad algunas ideas fundamentales, bastante diferentes de las dominantes. La ideología dominante está penetrada de ideas relativistas, utilitaristas, individualistas y liberales. La doctrina alternativa debe afirmar:

1. Frente al relativismo de la democracia falsificada, la afirmación de un derecho natural, dado, intrínsecamente justo, que no está sujeto a mayorías, consensos o negociaciones. Así puede reconocerse, como enseña *Evangelium Vitae*, que la democracia se eleva o decae según son los valores que afirma.
2. Frente al utilitarismo, la existencia de absolutos morales o más precisamente de absolutos jurídicos, comportamientos intrínsecamente injustos que por ser tales no podrán ser legitimados por ninguna intención, ninguna circunstancias ni ninguna consecuencias. En este marco debe destacarse especialmente la prohibición de destruir directamente la vida, la salud y la integridad física de la persona humana inocente.
3. El individualismo lleva a inflar los derechos, a desbordarlos, desconociendo sus límites constitutivos, su ordenación a lo justo y los deberes que le están conexos. De este modo, los derechos de la persona más inocente podrán ceder si entran en conflicto con derechos de otros. Como en el utilitarismo no hay ninguna exigencia jurídica absoluta pues todas se someten al resultado de un cál-

culo de perjuicios y bienes, es necesario rechazar la común tendencia a presentar la argumentación jurídica como un proceso en el que entran en conflicto o contradicción diversos derechos que deben ser balanceados o jerarquizados, sacrificando siempre, total o parcialmente, algunos de ellos. La naturaleza social del hombre, postulada por Aristóteles, precisada por Tomás de Aquino, y enseñada por el Magisterio de la Iglesia, nos advierte de que no puede existir contradicción entre los derechos, que cuando se afirma tal cosa en rigor se está llamando derecho a algo que no lo es, que los verdaderos derechos son absolutamente inviolables, pero limitados, orientados a lo justo y al bien común, y correspondientes con deberes correlativos.

4. Frente al liberalismo, que exalta la libertad individual, el poder de decisión, considerándolo el criterio de legitimación jurídico sin considerar su ejercicio, y coloca al Estado como protector de esa libertad, la socialidad humana supone valorar la libertad en la medida en que sirva al bien del hombre y al bien común y no cuando se dirige contra su plenitud personal y comunitaria.

El personalismo jusnaturalista y solidarista permite elaborar una doctrina biojurídica que tome distancia, al mismo tiempo, de los postulados del relativismo, utilitarismo, individualismo y liberalismo, y sus consecuencias en los temas específicos de la bioética. Permite también evitar

planteos que aborden las cuestiones de bioética desconociendo algo esencial para países como el nuestro: las exigencias de la justicia social en la distribución a nivel mundial y nacional de los recursos de salud. El bioderecho tiene mucho que decir sobre cuestiones como los principios y consecuencias del capitalismo liberal, y específicamente sobre ese tributo neocolonial conocido como "deuda externa" que pone en jaque el desarrollo socio económico y cualquier mínima decisión política soberana.

Nuestro país carecía de obras que brindaran un tratamiento de los temas biojurídicos que resultara al mismo tiempo completo, actualizado, basado en el derecho argentino y coherente con los postulados señalados. No eran por ello aptas para nuestra labor.

Se requirió la elaboración de material didáctico y artículos científicos, que comenzando con las nociones más generales del derecho, pasara por los temas del inicio, el fin, y la transmisión de la vida humana, expuestos de acuerdo con los postulados del jusnaturalismo personalista y solidarista, transmisores del mismo mensaje pero con un lenguaje acorde con estos tiempos, y pensados para un público interdisciplinario. Los mismos sirvieron para el estudio por parte de los alumnos del Magister, para redactar los contenidos jurídicos del Curso de Bioéti-

ca a distancia y los cursos intensivos de bioética, y de utilidad para hacer llegar a profesionales, legisladores, juristas e investigadores de todo el país que solicitaban asesoramiento en tales materias.

Los últimos años fueron los más intensos. Surgieron planteos legales y jurisprudenciales, nacionales e internacionales, que ponen en cuestión al ordenamiento jurídico tradicional argentino, imperfecto pero respetuoso de la vida y la familia.

Y el futuro abre interrogantes poco tranquilizadores.

Si consideramos el derrotero biojurídico que han seguido los llamados "países avanzados" a los que habitualmente imitamos, notamos cómo contrasta nuestra regulación jurídica, todavía vigente, en temas como el aborto, la clonación, la esterilización, el travestismo y la homosexualidad. Hace un par de años un pro-

fesor español nos manifestaba su extrañeza, cuando aquí aún se debate si debe continuar siendo delito la emasculación de transexuales, en España el debate gira en torno a la cantidad de presupuesto público que las autoridades locales destinarán para realizar tales prácticas gratuitamente. Es de esperar que en el corto plazo asistamos a tentativas de reforma en estas materias, si tenemos en cuenta el estado normativo de los países más desarrollados, los criterios asumidos y difundidos desde los centros académicos y argentinos del país, y más aún si tomamos en cuenta la nueva composición de nuestro Supremo Tribunal.

Y todo ello renueva el desafío y la necesidad de continuar con la tarea de brindar a los temas de la bioética una respuesta jurídica que sin abandonar el lenguaje moderno resulte coherente con el derecho natural, la dignidad de la persona humana y su vocación a la vida social.

BIOÉTICA PERSONALISTA: CAMINOS DE DIÁLOGO A FAVOR DE UNA CULTURA DE LA VIDA

19 de octubre de 2004.

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

- Director del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Profesor de Bioética en grado y posgrado (Facultad de Teología, Universidad del Salvador, Colegio Máximo, Buenos Aires, Argentina) y Profesor de Bioética en la Maestría en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Miembro de la Pontificia Academia para la Vida.
- Miembro de la Academia Argentina de Ética en Medicina.
- Miembro de la Comisión Nacional de Bioética.
- Miembro de la Comisión Provincial de Bioética, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Palabras clave

- Bioética Personalista
- Diálogo
- Pluralismo
- Evangelio de la Vida

RESUMEN

El presente artículo destaca la trascendencia del diálogo verdadero en la reflexión bioética, así como la cada vez más pronunciada dificultad para entablarlo en la sociedad posmoderna y mediática actual. Asimismo, delinea ciertos puntos que pueden considerarse de contacto entre las diferentes posturas, proponiendo que se busque el encuentro a través de ellos en lugar del choque y la constante diferenciación.

"Particularmente significativo es el despertar de la reflexión ética sobre la vida. Con el nacimiento y desarrollo cada vez más extendido de la Bioética, se favorece la reflexión y el diálogo -entre creyentes y no creyentes, así como entre creyentes de diversas religiones- sobre problemas éticos, incluso fundamentales, que afectan a la vida del hombre" (EV 27) [1].

"Alimentando su ingenio y su acción en las claras fuentes del Evangelio, (los intelectuales) deben entregarse al servicio de una nueva cultura de la vida, con aportaciones serias, documentadas, capaces de ganarse por su valor, el respeto e interés de todos. Precisamente en esta perspectiva, he instituido -dice el Santo Padre- la *Pontificia Academia para la*

Vida con el fin de <estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, relativas a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en las que guardan mayor relación con la moral cristiana y las directrices del Magisterio de la Iglesia>" (EV 98)

He elegido estos dos textos para empezar porque han sido muy motivadores en mi vida como bioeticista. Recuerdo perfectamente haber publicado mi primer libro en 1994, después de muchos esfuerzos, cuando, a los pocos meses, tuvimos la noticia de la *Evangelium Vitae*. Esto significó una gran alegría pero, al mismo tiempo, un poco de frustración, porque el libro había quedado automáticamente viejo. El sumergirme en el estudio de la Encíclica fue una especie de signo para mí de lo que debía ser el camino de la Bioética: "reflexión y diálogo", "argumentos y aportaciones serias, documentadas, capaces de ganarse por su valor el respeto e interés de todos". En varias de las exposiciones de estos días, han sido reiteradas estas ideas de una u otra manera; creo que es así como nosotros podemos armar caminos de diálogo.

Es claro que nuestro tiempo de posmodernismo e hiperrelativismo ya nos pone

[1] *Evangelium Vitae*. Carta Encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana, Vaticano, marzo de 1995.

frente, no sólo a aquellos, así llamados, extranjeros morales –Engelhardt y otros–, sino también de vecinos en nuestra sociedad que no sabemos que son siquiera nuestros vecinos. Tenemos que comportarnos, entonces, como cristianos ciudadanos, calificando y analizando cuál o cuáles son las preocupaciones que nos movilizan y cómo podemos construir la Nación que queremos ser. Nos encontramos en una sociedad globalizada donde cada uno muestra sus diferentes raíces y opiniones exigiendo, en nombre del pluralismo, una aceptación y un lugar propio, protegido bajo el cada vez más amplio marco de los derechos y de los acuerdos. Es cierto que debemos reconocer varias polaridades, pero debemos hacerlo reconociendo también la fundamental unidad de las personas humanas creadas como una familia, a quienes se les encomendó una misión de amor y justicia, como administradoras de todos los bienes de la tierra y capaces de gozar de los bienes del cielo.

Es claro que la verdadera ética humana tiene muchos puntos en común que nadie puede olvidar ni negar. Las que enumeraré son sólo algunas propuestas, algunos puntos comunes al Hombre (varón y mujer) que, muchas veces, son olvidados. Es difícil encontrar quien argumente sobre lo que nos une; siempre se busca subrayar las diferencias y se quiere calmar la inquietud de lo diverso bajo el

nombre de “lo globalizante” o “del respeto de las pluralidades”.

Sin embargo, como primer punto, Dios creó al Hombre con capacidades y con unidad. “Todos queremos ser felices”, como ya constataba de forma especial San Agustín en su obra *De vita beata*, en el Siglo IV, adjudicando este deseo a todos los Hombres de la historia, pasada y futura, demostrando que esta tendencia, que todos reconocemos y amamos, es un signo claro del camino que tenemos, de un mismo origen y del mismo y único fin. El Hombre de hoy no sabe que quiere ser feliz, busca estar contento.

Otro punto es que todos queremos alimentarnos, no sólo para satisfacer la necesidad básica de la alimentación, sino para poder desarrollar en salud todos nuestros proyectos y planes, para cumplir en plenitud la búsqueda de la verdad. El alimento no es sólo para poder estar vivos, sino también para desarrollar la vida, para que ese don de la vida pueda ser fecundo y crecer plenamente. Todos estamos en la búsqueda de la verdad, aunque muchos no lo sepan y aunque los infinitos caminos lleven a los Hombres a muchas verdades, olvidándose de la Verdad, que es camino y que es vida.

Además, todos reconocemos la dignidad de la persona humana y de la vida humana. El hecho de encontrar un término

que pareciera que comienza a unirnos, no nos libra de la necesidad y el empeño por proponer el verdadero sentido y profundidad del concepto. "Qué elocuente es la insatisfacción de la que es víctima la vida del hombre en el Edén cuando su única referencia es el mundo vegetal y animal (cf. Gn 2, 20). Sólo la aparición de la mujer, es decir, de un ser que es hueso de sus huesos y carne de su carne (cf. Gn 2,23), y en quien vive igualmente el espíritu de Dios creador, puede satisfacer la exigencia de diálogo interpersonal que es vital para la existencia humana. En el otro, hombre o mujer, se refleja Dios mismo, meta definitiva y satisfactoria de toda persona" (EV 35) Aquí el Santo Padre nos muestra nuestra dimensión natural de diálogo interpersonal, desde el mismo momento de la creación: "varón y mujer los creó" y lo primero que hizo el hombre fue hablar con la mujer y lo primero que hizo la mujer fue dialogar con el hombre. Nuestra natural dimensión religiosa, que cuidamos y hacemos crecer constantemente en el camino de la búsqueda, nos aleja de aquellas propuestas, soluciones facilistas y promesas casi infantiles de una panacea perfecta en este mundo. Creemos que la verdad objetiva, el camino seguro y la vida eterna no nos deben hacer ni arrogantes ni fundamentalistas, sino humildes y sabios servidores de la verdad la cual, justamente, impide el peligro de la arrogancia y soberbia agresiva y belicosa de las "seguridades seguras". La

seguridad de Dios es el misterio de Cristo; la certeza de la resurrección es la luz del camino; las palabras, especialmente de la Pascua, son el verdadero motivo del diálogo. "Para ser verdaderamente un Pueblo al servicio de la vida debemos, con constancia y valentía, proponer estos contenidos desde el primer anuncio del Evangelio y, posteriormente, *en la catequesis y en las diversas formas de predicación, en el diálogo personal y en cada actividad educativa*" (EV 82)

Es parte de la verdadera sabiduría realizar las adaptaciones que sean necesarias, sin traicionar la fidelidad, sin traicionar la caridad creativa, tratando de mejorar cada vez más nuestro ser y estar como miembros de una comunidad plural que presenta, propone y, a veces, impone desafíos y preguntas propios del mundo sin Dios. Urge, ante todo, cultivar en nosotros y en los demás una mirada contemplativa. Esta nace de la fe en el Dios de la vida que ha creado a cada Hombre, haciéndolo como un prodigio; es la mirada de quien ve la vida en su profundidad, percibiendo sus dimensiones de gratuidad, belleza, invitación a la libertad y a la responsabilidad. "Precisamente en estas circunstancias, se encuentra en el rostro de cada persona, una llamada a la mutua consideración, al diálogo y a la solidaridad" (EV 83)

El Santo Padre avanza en la Encíclica hablándonos del diálogo como rostro de la

persona, de la solidaridad y la consideración mutua como parte constructiva de este diálogo. Ya se ha hecho mención anteriormente al difícil desafío que nos toca a quienes hacemos Bioética de hacer aportaciones profundas y serias, al tiempo de tener que hablar con la velocidad y superficialidad que los medios imponen. Creo que este es otro de los grandes desafíos que tenemos delante. Me gusta recordar una experiencia que tuvimos con el Sr. Nuncio Apostólico, una anécdota muy significativa. A los meses de estar el Sr. Nuncio a cargo de la Nunciatura de Argentina, el Instituto de Bioética le pidió una audiencia para saludarlo y hacerle conocer su labor. Él nos escuchó pacientemente y, al terminar nuestro informe, nos dijo: "Padre, hasta que no tengan un canal de televisión y una radio, lo que ustedes hacen va a quedar encerrado en la Universidad". Más allá del primer impacto, creo que esto muestra la preocupación de la Santa Sede por estos temas y por su difusión a todos los niveles; nos está diciendo que este es un mundo de grandísimos desafíos y dificultades para establecer los códigos del diálogo: ya no es sólo que no nos entendemos porque continuamente se cambia el lenguaje; son idiomas diferentes y códigos distintos. La Verdad de Cristo, que es para todos -judíos, griegos y demás- va a exigirnos también esta realidad.

"El servicio al *Evangelio de la Vida* es,

pues, vasto y complejo. Se nos presenta cada vez más como un ámbito privilegiado y favorable para una colaboración activa con los hermanos de las otras Iglesias y Comunidades eclesiales, en la línea de aquel *ecumenismo de las obras* que el Concilio Vaticano II autorizadamente impulsó. Además, se presenta como espacio providencial para el diálogo y la colaboración con los fieles de otras religiones y con todos los Hombres de buena voluntad: *la defensa y la promoción de la vida no son monopolio de nadie, sino deber y responsabilidad de todos*" (EV 91) Son muchas más las citas en *Evangelium Vitae* que hacen referencia al diálogo, pero voy a detenerme aquí diciendo sencillamente que el trabajo por la educación, la formación, la promoción para edificar la familia, la vida, los valores, las virtudes va a ser el contenido del diálogo, va a ser el camino decisivo para este diálogo.

Finalmente, quisiera hacer una aclamación o proclamación a nuestro Buen Dios y nuestra buena Madre del Cielo. Los que frecuentamos ámbitos no sólo religiosos, sino científicos, políticos o de los medios, sabemos que hablar de Dios, de María y, sobre todo, del amor es casi un insulto. Es tal la discriminación, es tal esa obligación de dejarlo de lado que casi pasa a ser, en la perspectiva histórica, como una nueva supresión a las órdenes religiosas y a la Iglesia. La realidad es que el argu-

mento de lo políticamente correcto, de que lo religioso debe quedar en el ámbito de lo privado, lleva a dejar en el campo de juego a los Hombres sin Dios. El hecho de que Dios quede escondido y fuera de cualquier tipo de diálogo, además de ser una profunda discriminación, bloquea el diálogo, lo destruye y deja al

Hombre sin la única arma del amor. Por eso, en la ciencia empírica, la palabra "amor" es casi un escándalo; está prohibido allí hablar de amor. En cambio, nosotros dentro del ámbito de la Bioética -donde proponemos la transdisciplinariedad de las ciencias- podemos, y debemos, hablar del amor a Dios y al prójimo.

TEOLOGÍA DE LA VIDA

*IIª Jornadas de Bioética para
Sacerdotes*

20 de octubre de 2004.

S.E.R. Mons. Elio Sgreccia

- Laureado en Filosofía y Letras por la Universidad de Bologna.
- En 1994 fue nombrado Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida.
- Es Director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma) y Profesor ordinario de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la misma Universidad.
- Fue el responsable de comenzar con la enseñanza de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma).
- Ha sido y es miembro de numerosos Comités de Bioética tanto en Italia como en el exterior. Asimismo, es miembro de la Comisión Nacional de Bioética de Italia.
- Es miembro del Pontificio Consejo para la Familia y del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- Es Director de la revista *Medicina e Morale*.
- Además del *Manual de Bioética* –en dos volúmenes, traducido a diversas lenguas (español, portugués, francés y ruso) con tres ediciones y numerosas reediciones– es autor, coautor y editor de numerosas obras relacionadas con la pastoral sanitaria, la ética médica y la familia.
- Cabe destacar entre sus publicaciones más recientes la colección "Scienza Medicina Etica" de la editorial *Vita e Pensiero* y de la colección de la Pontificia Academia para la Vida.

Palabras clave

- Vida humana
- Persona
- Corporeidad
- Evangelización
- Secularismo
- Posmodernidad
- Teología de la vida

RESUMEN

En el presente artículo, Mons. Sgreccia realiza un repaso sobre los dos reduccionismos predominantes en la actualidad –el materialismo y el individualismo– y sus implicancias en el ámbito de la vida humana. Seguidamente, presenta la contrapropuesta de la Teología de la Vida, como forma de superarlos y retornar a una visión integral del Hombre (varón y mujer) y el valor de su vida. Presenta, así, los cuatro pilares de lo que llama "evangelización de la vida", como una invitación concreta a redescubrir el mensaje trascendente que hay detrás de cada nuevo ser humano que es llamado a la vida.

¿Cómo es considerada la vida del Hombre hoy? Hay dos visiones, que se influyen entre sí, provenientes de dos tipos de reduccionismos.

El primero es de tipo materialista, terreno, cientificista que considera la vida como fenómeno mecánico, evolucionista, que tiene su origen por evolución, adaptándose y avanzando con las nuevas formas. La vida, así, se transforma desde la primera célula hasta la forma del homo-sapiens, desde el primer *big bang*, hasta la amplitud de la cosmología actual. Se discurre acerca de cómo se diferencian las varias formas de vida, cómo es hecha la célula, cómo son los planetas

y demás, pero no se interroga sobre el origen, no se habla de la creación, como si todo hubiera empezado por el *big bang*.

Un teólogo pontificio, Cantalamessa, con relación a este punto dice que nuestra cultura materialista, inmanentista y terrenal tiene un punto oscuro: que parte del *big bang* como si fuera inicio de todo, pero no se interroga de dónde viene el *big bang*, ni que esta fuerza evolutiva produzca este mundo complejo. Es como si al contemplar los aviones que se mueven sobre las grandes ciudades, uno pensara que no hay una programación, que no hay una dirección, que no hay un piloto en cada uno de los aviones, sino que simplemente se puede dar cuenta de cuántos aviones van a salir o dónde van a aterrizar; todo esto es escaso, en definitiva, no es una explicación la que se da en nuestras escuelas.

Hay que explicar a nuestros alumnos que no turba nuestro espíritu el hecho de que haya evolución; lo que ocurre es que es necesario decir quién ha dado el primer paso hacia la evolución, quién ha producido este mundo. De ahí que se plantee el mensaje de fe: es Dios que ha creado el cielo y la tierra. Para que sea una hipótesis creíble la evolución, debe ser una *evolución creacionista*. De otra manera, no es comprensible, no es una explicación. Pero la visión que se da es esa, hasta el punto en que hoy Peter Singer o Regan

hablan de una vida que evoluciona siempre a formas más complejas, pero sin una diferencia ni ontológica ni axiológica entre el Hombre (varón y mujer) y el animal. Los animales tienen derechos, como también los Hombres tienen derechos; de esta manera, se justifica la supresión del embrión o del niño, como se justifica la supresión o la matanza de animales para la lucha de la vida. No se tiene en consideración la dignidad del Hombre, una señoría y un valor especial del Hombre. Esto es especismo, culto de las especies, que plantea como si fuera una herejía, un error grande, considerar al Hombre superior al animal y capaz de arreglar el mundo. Estamos aquí frente a un absurdo porque, por otro lado, se dice que es responsabilidad del Hombre mantener la vida de los seres, procurar la ecología, el orden, la salud, ¿cómo hace, entonces, para hacer todo esto, para gobernar la biosfera, si no tiene una diferencia sobre los otros seres vivientes?

Otros científicos, como Changeaux, consideran al Hombre un conjunto de sistema nervioso, como resultado del sistema nervioso; toda la vida del Hombre se reduce a estímulos y reacciones. El Hombre es un *hombre neuronal*; este es el título de la obra de Changeaux, quien ha sido presidente del Comité Nacional Consultativo francés. Es la visión materialista, a la cual acompaña también, en el continente asiático, una similar visión pan-

teísta, donde el Todo se mezcla con los varios seres vivientes. No tiene importancia el singular ser viviente, el Hombre, si no el conjunto panteístico, filosóficamente entendido como un vitalismo general. En el Comité de Bioética de la UNESCO, *durante los sumits* de los Centros de Bioética del mundo, esta visión va tomando audacia en el ámbito de la Bioética.

Por otro lado, hay otra visión reduccionista. Es el reduccionismo de la visión individualista, liberal, utilitarista y contractualista, donde el Hombre que vale es el adulto, el Hombre que tiene la capacidad, la libertad y la autonomía de decidir. Este es el Hombre que debe ser tomado en consideración. Ha dicho Engelhardt, el filósofo más claro en este punto, en su *The Foundation of Bioethics*, que hay tres categorías de individuos humanos. En primer lugar, los adultos, que son personas porque pueden decidir por sí mismos y, en la sociedad, constituir la comunidad ética de los valores, de la moral pública; ellos deciden si es lícito o no el aborto, la eutanasia; el fundamento está en la decisión, en el contrato, en la comunidad ética, el contrato ético, que va a completar el contrato social. En segundo lugar, están los individuos que todavía no son personas; en esta categoría están no solamente los embriones y fetos, el niño que va a nacer, si no también el niño nacido hasta el momento en que tenga capacidad decisional; hasta enton-

ces, no es todavía persona, no tiene derechos suyos sino, solamente, los derechos que los adultos le reconocen. Por último, están los individuos que no son más personas -los enfermos mentales no curables, los comatosos, los moribundos- sobre los cuales se puede aplicar la eutanasia porque no tienen los derechos de los adultos que pueden decidir.

Esta es una visión de la vida a la luz del bienestar, del subjetivismo y del relativismo más completo. No todos lo declaran así, como lo declara Engelhardt, pero es la concepción que subyace la mayoría de las transmisiones de la televisión, la cultura que circula en la prensa, los libros, la mentalidad y estilos de vida que priman en la actualidad, ciertos modos de cultivar la educación juvenil, el cuerpo, la libertad. Por ejemplo, la concepción del sexo es sin finalidad, la única finalidad es simplemente la libertad; es lícito, es posible, lo que se prefiere, lo que he decidido preferir.

Esta es la visión a la cual nosotros estamos llamados a confrontar. ¿Cómo se puede incidir en ella? ¿Cuál es la concepción de vida que nosotros proponemos? Nuestra concepción asume la vida, no en cuanto biología pura (biologismo), no solamente como fruto de la libertad del adulto, sino como vida de la persona en su totalidad ontológica, donde hay un espíritu que anima un cuerpo, que da a

ese cuerpo la vitalidad y, a su vez, ese cuerpo dona la estructura. El cuerpo humano, como complejo biológico estructurado, es vitalizado por el espíritu, es estructurado y calificado por el alma espiritual. Es cuerpo humano; el cuerpo en el Hombre no tiene un acto existencial propio, una existencia suya; la existencia al cuerpo humano es donada por la existencia propia del espíritu que, a su vez, es una existencia creada por Dios. Esta unión cuerpo y espíritu hace que el cuerpo humano tenga una dignidad espiritual, la cual es conferida por el espíritu; participa, el cuerpo humano, de la dignidad espiritual, de la dignidad de la persona, del yo que es un yo espiritual y, en cuanto tal, llamado a la eternidad, trascendente.

Esta concepción personalista no ignora el valor de la vida de los otros seres vivientes, pero sabe que hay una diferencia. Asume que debe ser conservada una armonía, que se tiene una responsabilidad en el gobierno de los otros seres vivientes. Se trata de una ecología creacionista que valora todos los seres vivientes y el mundo en su conjunto, como obra de Dios, manifestación de su Bondad, y no autoriza, de ninguna manera, un imperialismo, un uso simplemente utilitarista de los seres vivientes, que son dados al Hombre, también para la contemplación de Dios, para ver y constatar las maravillas del amor de Dios. El que respeta al

Hombre debe respetar la armonía, la biodiversidad, el orden del universo, pero hay una diferencia de la vida en cuanto humana: el cuerpo humano es llamado a convivir con el espíritu, convivir como espiritualizado, vivificado por el espíritu -esta mano es una mano espiritualizada, debe dar señales espirituales-. El cuerpo, así, asume una dignidad que no es la misma que se encuentra en los otros animales -aunque superiores- porque es la epifanía del espíritu, es la encarnación del yo espiritual, es la identificación de un yo que tiene su individualización particular, inconfundible, insustituible. Es el cuerpo el que consiente al yo encarnarse en la historia, ser un yo inconfundible, único, que Dios ha creado como tal, conjunto de alma y cuerpo, un yo que tiene su identidad -masculina o femenina-, que tiene un propio carácter singular.

La persona se caracteriza, así, por tres cualidades: la singularidad -inconfundible, única-, la capacidad de relacionarse con Dios y con las otras personas y la interioridad. La persona humana tiene una interioridad, tiene un misterio, porque su cuerpo, sus células, sus aparatos orgánicos son animados por un espíritu que sobrepasa, trasciende el universo entero, que es más grande que el universo material, como dice Santo Tomás de Aquino, que es llamado a la plenitud de una vida eterna.

Esta es la visión personalista de la vida. No veneramos la vida celular; no aceptamos que sea humana solamente la vida del adulto. Es vida humana toda la vida que es animada por el espíritu, desde el primer momento de la concepción hasta la muerte natural. En el Hombre sano, en el Hombre enfermo, en el que tiene discapacidades o que no se puede expresar, como el individuo que está en estado vegetativo persistente.

¿Cómo se puede evangelizar esta sociedad, esta cultura, víctima de los dos reduccionismos? La *Evangelium Vitae* nos sugiere los cuatro pilares de la **evangelización de la vida**.

El primer pilar es la **creación**. Me gustaría explicar a fondo este punto, pero llevaría un día entero. Baste decir que lo que falta al mundo de hoy -también a los cristianos-, ante todo, es una percepción vital de ser creados por Dios, el concepto de creación, de creaturidad, de ser don. Si yo existo es porque ha sido tomada una decisión del Padre, omnipotente y poderoso, pensándome en su Hijo -que es el pensamiento de Dios- y queriéndome en su Amor -que es el Espíritu Santo-. Mi existencia es una decisión trinitaria. Dios ha decidido llamarme a la vida, darme este cuerpo, darme esta individualidad inconfundible, única, como un acto de gran confianza en mí, llamándome a la vida, desde la no-existencia a la existen-

cia, para consignarme una pequeña página de la historia, en la cual Dios quiere escribir su Amor por medio mío.

La idea de creación debe ser fuertemente enriquecida porque somos materialistas en todas las concepciones del pensamiento y de la cultura; para superar esta barrera del materialismo, es necesaria una reflexión sobre la creación que sea fuerte. Debemos explicar a los niños que la creación no es un acto del pasado. Dios ha decidido y decide, a cada momento, que yo viva; es un acto continuo la conservación en la vida, en el ser, en la existencia, que Dios no negará jamás; es una llamada continua a la vida: "*Conservatio est continua creatio*", dice Santo Tomás de Aquino. A los niños, se les puede explicar esto de manera simple: "Dios te dona siempre la vida, Dios está siempre presente con el amor con el cual te ha creado, con todo el calor de la creación que te ha llamado a la vida, te ama siempre, te ayuda siempre". La creación no es puramente un acto del pasado, sino del presente también, de momento a momento; nuestra vida tiene las raíces en Dios. "Nuestra vida es una planta que tiene raíces en el cielo", dice San Agustín. Esta es una idea rica de la creación, que termina por suscitar la idea de la vocación. Ciertamente, la raíz de la vocación empieza con la creación. Dios, cuando escribe una carta, no se olvida de poner la dirección. Si me ha creado, me ha

creado para un proyecto de vida, para escribir una pequeña página de Su Amor en el mundo. ¿Cuál es tu página? ¿Qué tienes que hacer para responder a Dios, a Su Amor, que te involucra y mantiene? ¿Cómo vas a responder a Dios, al Amor creador que te ha dado la vida como don? Porque la vida que es don debe ser donada. Esta es la conclusión de la evangelización sobre la creación. Creo que debemos reformar la presentación catequística, tal vez un poco mecánica y despersonalizada, como de un Dios pagano que de lejos ha consentido a mis padres al crearme y meterme en el mundo y que después me ha olvidado, dejándome solo con mi egoísmo, con mis fuerzas y mi fragilidad. No es esta la creación. El concepto de creación es continuo, es personal, es trinitario sobre mi vida. Es por eso que Dios, cuando crea, crea a su imagen y semejanza un compañero, para hablar con él. Crea una comunidad -la familia- a semejanza de la comunidad trinitaria.

En la historia de la Iglesia, hemos conocido muchas herejías -las cristológicas, las trinitarias, sobre las gracias, contra el primado del Pedro- pero la herejía de hoy es una herejía total. El secularismo deja fuera la creación. El Hombre es, en su soledad, como un satélite sin guía, abandonado a las fuerzas del cosmos. Esa es una de las raíces de la soledad. La vida no tiene sentido si no hay un amor que la pone en existencia, que justifica una misión

y una vocación. Mi invitación es la de hacer una evangelización a fondo, que tome en consideración todos los errores de nuestro tiempo. Debemos explicar que el embrión, el hijo que tiene un día de edad y está en el cuerpo de su madre, tiene frente a Dios Creador el mismo valor y dignidad que tenía yo cuando estaba en el vientre de mi madre y que tengo ahora que soy adulto. El amor de Dios Creador no es menor o mayor, es siempre un amor personal. El aborto no se puede vencer sin una mentalidad que sea influenciada por la idea de la vida como don de Dios, preciosa delante de Dios, preciosa como en el adulto, siempre preciosa, como dice la Encíclica. Para vencer este *terrenismo* que nos envuelve es necesario una luz fuerte sobre la creación. La creación del varón, de la mujer, del matrimonio, de la familia, como expresión del fuerte, continuo, actual y vocacional amor de Dios.

El otro pilar de la evangelización de la vida es la **vida de Cristo**, el Hijo de Dios, que es la nueva página del Amor de Dios. La creación es la primera página, la segunda -mayor a la primera- es la encarnación. Tal es el amor de Dios Padre, que ha donado a su Hijo. ¿Por qué se hace Hombre? Aquí aparece la idea de *esponsalidad*. El Verbo ha unido así a la humanidad; esta es la raíz de la sponsalidad cristiana, relacionada también con la idea de matrimonio.

El concepto de matrimonio está fundado sobre la sponsalidad que Cristo tiene con toda la humanidad y para con su Iglesia. Este amor grande que ha conducido al Hijo de Dios a compartir la vida humana toda, con su fragilidad. El filósofo y teólogo Romano Guardini, convertido del protestantismo, en su enseñanza de los años '50 en Alemania, dice qué ha querido, qué buscaba el Hijo de Dios haciéndose Hombre. Dios no tenía necesidad de conocer la humanidad, ya que conoce todo al ser omnisciente. ¿Qué ha aprendido de nuevo haciéndose Hombre? Guardini responde que Dios ha querido asumir la humanidad para experimentar la finitud, la fragilidad, el dolor, la muerte y superar todos estos límites a través de la vida divina y su resurrección; donando la vida divina a su humanidad personal, a través de la resurrección de su cuerpo, y a toda la humanidad redimida, a través de la resurrección de nuestros cuerpos.

El misterio de la divinización, como la llamaban los antiguos Padres de la Iglesia, es la más grande expresión del Amor divino porque comprende el don de la vida de Cristo sobre la cruz y el don de su vida resucitada, a través del don del Espíritu Santo. ¿Cuánto vale la vida humana? Desde el momento en que el Hijo de Dios se ha hecho Hombre cada una de las vidas humanas, la más pequeña, la más mortificada, la más recóndita, vale cuan-

to vale su precio, que es la vida de Cristo. Así surge una nueva dimensión de valorización de la vida humana, en Cristo. Hagamos, entonces, la catequesis con profundidad. Pongamos en el corazón de nuestros jóvenes sentimientos profundos de agradecimiento a Dios Creador por nuestra vida, por la vocación que nos ha dado, por la vida en Cristo que nos ha dado a través el bautismo, la redención, Su sangre y Su sacrificio; que puedan sentir dentro de si mismos que su vida vale cuanto vale la sangre de Cristo, que ha sido derramada por cada uno íntegra y personalmente. Cristo es todo para cada uno de nosotros. Su Amor es todo para cada uno. Esta es una evangelización cristiana, centrada en Cristo. Tenemos muchos fieles que tienen una idea del cristianismo que no se diferencia mucho del budismo. Sí, está el paraíso, hay algo después de la muerte; Cristo es confundido con Dios Creador. Esta es una cultura superficial que no ha podido gustar hasta el fondo la donación de todo Cristo a cada uno de nosotros. En esta donación, cada uno es llamado a dar respuesta. Con entrega, con apertura, con aceptación llena de gratitud. Esta es la clave que une al cristiano a Cristo, la Iglesia a Cristo, la cabeza a los miembros. Esta evangelización compenetrante con la vida de Cristo es necesaria para darle a la vida humana toda su magnitud.

El tercer pilar de la evangelización de la

vida es, no solamente la vida de Cristo, sino la **vida en Cristo del cristiano**. Vivir en Cristo. Es la vida de amistad, de fidelidad, de gracia santificante ¿Por qué se habla tan pobremente de la gracia santificante en los catequismos de hoy? Si nosotros no ahondamos sobre esta presencia del Señor en nosotros, los fieles la van a ir a buscar a las sectas, van a buscar la comunión con el divino en el panteísmo, en el sentimiento, en el misticismo sentimental, porque la sede de Dios está en el ser humano que ha sido creado por Dios y tiene sed de Dios, de buscar la unión, de entrar en comunión. Así, es crucial la vida sacramental, vivirla en cada uno de los sacramentos. Cómo se llenan de alegría los novios cuando se revela a ellos que el amor de Cristo hacia la Iglesia, todo el divino amor de Cristo hacia la Iglesia pasa por su corazón, para que el esposo lo done, lo transmita enteramente, con su amor, a su esposa y la esposa otro tanto, y con esta fuerza humano-divina la comunidad esponsal pueda caminar junta, santificándose recíprocamente, y pueda enfrentar las dificultades, incluso las más duras de la vida, sabiendo que Cristo está en el interior del matrimonio cristiano, no afuera. Por esto el sacramento del matrimonio es un sacramento permanente, vital, continuo. Porque Cristo nunca los abandonará, como no puede abandonar la humanidad que ha unido a sí mismo, como el esposo con la esposa. Este dinamismo esponsal pasa a

través de la familia. Esto debe decirse en toda su dimensión, no es un secreto que debemos guardar para nosotros. Debemos transmitir las grandezas teológicas a todos, para poder gustar la vida humana en toda su magnitud.

El cuarto pilar de esta evangelización es la **resurrección de los cuerpos**. La victoria de Cristo sobre la muerte. No hay fuerza mayor que la que está explicada en la *Salvifici Doloris*. Cristo ha asumido la muerte y la ha abierto a la vida eterna. Ha hecho de la muerte, la vida; una vida más grande de la que tenemos aquí en la tierra. Una vida que es eterna, participación en la vida misma de Dios. Muerte que abre a la vida, no cierra la vida. No es una piedra tumbal, es una ventana que se abre sobre la vida eterna. Para vencer la secularización, debemos hablar de la muerte. La secularización tiende a ignorar la muerte como si no existiera y, cuando el dolor y la enfermedad preanuncian la muerte, considera que es mejor anticiparla y buscar la eutanasia, porque todo eso no tiene sentido, no se lo conoce. Las tinieblas dan siempre terror al Hombre. El Hombre necesita saber qué viene después.

Me gustaría repetir, para aquellos que no han escuchado ayer, la comparación que yo mismo hacía como joven sacerdote, cuando explicaba a los niños la muerte. La luz de la resurrección en la vida eterna

nos consiente decir que, así como el niño antes del nacimiento, en el vientre de su madre, no ve el rostro de la madre misma y, sin embargo, de ella recibe todo y vive gracias a ella, así estamos ahora en la tierra, en la mundanidad, que nos impide ver el rostro de Dios que nos ha creado, que nos ama, que nos sostiene y nos espera. Y así como el nacimiento significa para el niño empezar una vida más vida que la precedente, así después de nuestra muerte tenemos que esperar, con sólida esperanza, una vida más vida, una vida a la medida de Dios y no más a la medida de nuestra frágil condición terrena.

Esta vida ha empezado ya en el bautismo y, crecida con nosotros, va a florecer, a abrirse. La muerte abre a la plenitud de la vida. La moral cristiana es todo un camino que busca llevar a la plenitud; toda, desde el respeto del cuerpo, de la dignidad, de los mandamientos de Dios; no es una moral represiva. Esto es muy importante decirlo, también en el plano de la sexualidad. No somos aquellos que buscan reprimir el amor, sino expandirlo, en dirección de la comunión verdadera y total, en dirección de la procreación, de la aceptación de los hijos; siempre más vida, hasta la vida eterna con la comunidad, educándola hacia esta plenitud.

Me parece necesario concluir que la batalla que estamos enfrentando nos exige mucha preparación. La catequesis no

puede ser una repetición de lo que hemos leído en el libro, en la síntesis; la catequesis es un eco que debe nacer de dentro de nuestra fe, es el eco de nuestra fe vivida, meditada y de nuestra meditación también racional. Preparación para responder, para indicar la insuficiencia de los horizontes de tinieblas, en los cuales, el secularismo ha encerrado a nuestra sociedad. Debemos descubrir la luz, una luz que ha funcionado anteriormente en nosotros, con el amor intelectual, con la oración, con la contemplación, llamando a nuestros alumnos a hacer lo mismo: a través de la oración, comprender más, más y más el don de Dios, el don de la vida, nuestra vocación y la llamada de Dios a descubrir las grandezas de Su acción a

favor del Hombre.

Esto exige una preparación continua para responder a las problemáticas que conciernen a la vida, desde el primer momento hasta el momento final. En la jornada de hoy escucharán relaciones sobre puntos cruciales de la Bioética. Allí se pide la reflexión científica, la reflexión moral y también la visión de fe. Una visión amplia que nos consienta el entusiasmo, la alegría de descubrir siempre novedad, porque es inabarcable la grandeza de la vida humana con relación a la vida divina, al Creador, a Cristo Redentor, a la vida eterna que nos espera y a la cual nos dirigimos desde este momento, a través de la vida en Cristo.

CONTRACEPCIÓN Y ABORTO COMO FRUTOS DE UNA MISMA PLANTA: LA CONTINUIDAD DE LA ENSEÑANZA ENTRE *HUMANAE* *VITAE* Y *EVANGELIUM* *VITAE*

*IIº Jornadas de Bioética para
Sacerdotes*

20 de octubre de 2004.

Prof. Dra. Maria Luisa Di Pietro

- Médica endocrinóloga y forense (Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma, Italia)
- Master en Teología (Pontificia Universidad Lateranense, Roma, Italia)
- Profesora Adjunta de Bioética en grado y posgrado (Escuela de medicina A. Gemelli, Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma, Italia)
- Profesora de Ética del Cuidado de la Salud (Instituto Internacional de Teología Pastoral en Cuidado de la Salud "Camillianum", Roma, Italia)
- Miembro del Comité Nacional de Bioética (Italia)
- Miembro del Comité de Ética Institucional del Hospital Universitario A. Gemelli (Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma, Italia)
- Miembro del Consejo Directivo del Centro de Bioética (Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma, Italia)
- Consultora del Ministerio de Educación Pública (Italia)
- Autora de numerosos artículos publicados en revistas especializadas de reconocimiento internacional.

Palabras clave

- Cultura de la vida
- Procreación responsable
- Sexualidad
- Educación para el amor
- Anticoncepción
- Anticoncepción del emergencia
- Aborto
- Vida humana

RESUMEN

La autora propone un atento análisis al conjunto de las intervenciones del Magisterio de la Iglesia denominado "*corpus vitae*" compuesto por: la Carta Encíclica *Humanae Vitae*, la Instrucción *Donum Vitae* y la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. Luego subraya que las tres intervenciones persiguen un único objetivo: indicar al hombre que tiene que enfrentarse con elecciones que conciernen no sólo a su propia vida y a su propia salud sino también a la vida y la salud de los otros, y que dicha elección implica aspectos técnicos y sobre todo éticos.

1. "Presentando el núcleo central de su misión redentora, Jesús dice: 'Yo he venido para que tengan vida', (Jn. 10,10.) Se refiere a aquella vida 'nueva' y 'eterna', que consiste en la comunión con el Padre. Pero es precisamente en esa 'vida' donde encuentran pleno significado todos los aspectos y los momentos de la vida del hombre" (EV, 1).

Con la publicación de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* en el año 1995, se completa el conjunto de las intervenciones del Magisterio de la Iglesia que podríamos indicar con la locución "*corpus Vitae*": la Carta Encíclica *Humanae Vitae*, la Instrucción *Donum vitae* y la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*.

Diferentes autores - Pablo VI, Juan Pablo II, la Congregación para la Doctrina de la Fe - y diferentes modalidades de oficialización de la enseñanza (Encíclicas de los Pontífices; Instrucción de un organismo de la Curia romana); pero un único objetivo: indicar al hombre que tiene que enfrentarse con elecciones que conciernen no sólo a su propia vida y a su propia salud sino también a la vida y la salud de los otros, y que dicha elección implica no sólo aspectos técnicos sino sobre todo éticos. "Ningún hombre -se lee en el n.2 de la Carta Encíclica *Veritatis Splendor*- puede eludir las preguntas fundamentales: ¿qué debo hacer? ¿Cómo puedo discernir el bien del mal? La respuesta es posible sólo gracias al esplendor de la verdad que brilla en lo más íntimo del espíritu humano, como certifica el salmista: *Muchos dicen: "¿Quién nos hará ver el bien? ¡Resplandezca sobre nosotros la luz de tu rostro, Señor!"* (Salmo 4,7).

Esta verdad es la que el Magisterio de la Iglesia trata de indicarle desde siempre al hombre, en su papel de Madre y Maestra, fiel al mandato de Cristo: "Id al mundo entero y proclamad el Evangelio a toda la creación" (*Marcos 16, 15*).

"Toda amenaza a la dignidad y a la vida del hombre - se lee en el n. 3 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* - repercute en el corazón mismo de la Iglesia, afecta al

núcleo de la fe en la encarnación redentora del Hijo de Dios, la compromete en su misión de anunciar el Evangelio de la Vida por todo el mundo y a cada criatura".

Un único objetivo y una intrínseca continuidad en la enseñanza, - como lo recuerda el Concilio Vaticano II - "la frecuente propuesta de la misma doctrina" es un punto de fuerza y una razón de respeto. Una continuidad que permite, en todo caso, introducir nuevos elementos de reflexión con una peculiar atención a los "signos de los tiempos", hecho relevante en materia de la vida y de la salud del hombre, y de clarificación de las enseñanzas anteriores. Las enseñanzas sucesivas tienen, en efecto, el papel de hacer más evidentes los contenidos de la enseñanza anterior, a la vez que suministran nuevas claves de lectura: por ejemplo, la relectura que Juan Pablo II ha hecho - en el ámbito de las *Catequesis del miércoles sobre el amor humano* - de los contenidos de la Carta Encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI, permitiendo así la comprensión de pasos que en la disertación necesariamente sintética de un documento oficial, pudieron parecer herméticos.

2. La Carta Encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI, definida por muchos sectores como "profética", presenta una disertación completa del tema de la procreación responsable y de su historización con el

recurso a la regulación natural de la fertilidad. Entendida como la única respuesta posible al respeto debido a la dignidad de la persona humana y a la persona de los cónyuges frente a la difusión, por una parte, de la mentalidad anticonceptiva y, por la otra, de apremiantes políticas demográficas antinatalistas.

"Los cambios que se han producido - se lee en el n. 2 de la Carta Encíclica *Humanae Vitae* - son en efecto, notables y de diversa índole. Se trata, ante todo, del rápido desarrollo demográfico. Muchos manifiestan el temor de que la población mundial crezca más rápidamente que las reservas a disposición, con creciente angustia para tantas familias y pueblos en vía de desarrollo, siendo grande la tentación de las autoridades de oponer a este peligro medidas radicales. Además, las condiciones de trabajo y de habitación y las múltiples exigencias, que van aumentando en el campo económico y en el de la educación, con frecuencia hacen hoy difícil el mantenimiento adecuado de un número elevado de hijos. Se asiste también a un cambio, tanto en el modo de considerar la personalidad de la mujer y su puesto en la sociedad, como en el valor que hay que atribuir al amor conyugal dentro del matrimonio, y en el aprecio que se debe dar al significado de los actos conyugales en relación con este amor".

En cuanto atañe a la preocupación demográfica, no podemos olvidar que la Carta Encíclica *Humanae Vitae* ha sido publicada en el año 1968 y que ya en el curso de la II Conferencia Internacional sobre Población, realizada en Belgrado en el año 1965, se había presentado la propuesta de utilizar la contracepción y la esterilización como medios para el control de los nacimientos. Luego, en la Conferencia Internacional de El Cairo (1994) en la que se dio un fuerte contraste entre las delegaciones de varios países y la delegación de la Santa Sede, respecto de la propuesta - que quedó después sobre el papel - de considerar el aborto como un medio para reducir los nacimientos. El aborto procurado ha sido, luego, invocado como un "derecho humano" de la mujer con ocasión de la Conferencia Internacional sobre la Mujer, realizada en Pekín en el año 1995.

Todavía estamos lejos de 1978, año del nacimiento de Louise Brown, la primera niña obtenida por fecundación *in vitro*. Es solamente en el año 1987, cuando la atención por el "gravísimo deber de transmitir la vida humana, - por el cual los esposos, son libres y responsables colaboradores de Dios creador" (n.1) de la Carta Encíclica *Humanae Vitae* - adviene con la instrucción *Donum Vitae*, atención por "el don de la vida, - se lee en el n. 1 de dicho documento - que Dios Creador y Padre le ha confiado al hom-

bre" y "exige que éste tome conciencia de su inestimable valor y lo acoja responsablemente. Este principio básico debe colocarse en el centro de la reflexión, encaminada a esclarecer y resolver los problemas morales que surgen de las intervenciones artificiales sobre la vida naciente y sobre los procesos procreativos".

La preocupación por el dominio que el hombre ejerce sobre las "leyes que regulan la transmisión de la vida" se vuelve así preocupación por la vida naciente. Pero la conciencia de que no sólo la vida naciente está en peligro lleva a Juan Pablo II a denunciar en la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* cada forma de amenaza hoy operada respecto de la vida humana.

Amenazas - se le lee en el n. 17 de dicha Encíclica - que con el tiempo "no disminuyen. Al contrario, adquieren dimensiones enormes. No se trata sólo de amenazas procedentes del exterior, de las fuerzas de la naturaleza o de los "Caines" que asesinan a los "Abeles"; no, se trata de *amenazas programadas de manera científica y sistemática*. El siglo XX será considerado una época de ataques masivos contra la vida, una serie interminable de guerras y una destrucción permanente de vidas humanas inocentes".

Al aborto procurado por vía quirúrgica o farmacológica, a la búsqueda de una

contracepción cada vez más segura y cada vez menos anticonceptiva (más anti-gestativa), a la propuesta/imposición del paquete "contracepción-esterilización-aborto" en las políticas demográficas, al recurso a las técnicas de fecundación artificial, se suman las amenazas a la vida terminal a través de la búsqueda de lo que erróneamente se define como la *bueno muerte* (eutanasia) y que, en realidad, no es una muerte humanizada sino una *muerte anticipada con el objetivo de eliminar el dolor*.

"Amenazas no menos graves - le se lee en el n. 15 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*- afectan también a los *enfermos incurables* y los *terminales*, en un contexto social y cultural que, haciendo más difícil afrontar y soportar el sufrimiento, agudiza la *tentación de resolver el problema del sufrimiento eliminándolo en su raíz* anticipando la muerte al momento considerado como más oportuno".

La solicitud de la eutanasia tiende a golpear, además de los moribundos, a todas aquellas personas cuya calidad de vida no viene considerada "suficiente" para vivir: el recién nacido gravemente deforme, la persona gravemente minusválida, el enfermo mental. Y, en esta carrera hacia la búsqueda de una "vida de calidad" más que una "calidad de vida" se está abriendo paso a la *eutanasia social*: es la sociedad, y ya no el individuo, quien ha-

ce la solicitud de la eutanasia en el momento en que se cree que los costos de la asistencia a un determinado enfermo son desproporcionados a los beneficios alcanzables. Y así, reemplazando el criterio riesgo/beneficio con el criterio costo/beneficio, se prefiere destinar los recursos económicos de la salud sólo a aquellas personas capaces de ser productivas después de su curación.

El rechazo de la vida enferma también afecta a los que - todavía no nacidos - resultan estar afectados de anomalías genéticas o de malformaciones. Se trata de un mal uso del diagnóstico prenatal, que es utilizado a menudo no como la posibilidad de individuar las causas de una enfermedad y para seguir un curso clínico, sino como medio para individualizar el embrión enfermo y suprimirlo: es el llamado "aborto eugenésico", impropia-mente definido por algunas leyes sobre el aborto procurado como "terapéutico" y usado como arma contra quien - débil y enfermo - va, en cambio, protegido e incluso ayudado en la realización aún de sus reducidas habilidades.

3. En el "corpus vitae", el Magisterio de la Iglesia no se limita simplemente a denunciar el estado de hecho, sino que conduce también a un atento análisis de la *etiología* de las amenazas contra la vida.

Del subjetivismo al hedonismo, del utili-

tarismo al creciente delirio de omnipotencia: "el hombre - escribió, ya en el año 1968, Pablo VI en el n. 2 de la Carta Encíclica *Humanae Vitae*- ha llevado a cabo progresos estupendos en el dominio y en la organización racional de las fuerzas de la naturaleza, de modo que tiende a extender ese dominio a su mismo ser global: al cuerpo, a la vida psíquica, a la vida social, y hasta a las leyes que regulan la transmisión de la vida".

Pero en las raíces más profundas de este ataque a la vida se encuentra la pérdida del sentido de Dios y el sentido del Hombre. "*Perdiendo el sentido de Dios* - se apunta en los números 21 y 23 de la carta Encíclica *Evangelium Vitae* -, se tiende a perder también el sentido del hombre, de su dignidad y de su vida. A su vez, la sistemática violación de la ley moral produce una especie de progresiva ofuscación de la capacidad de percibir la presencia vivificante y salvadora de Dios... así que también se manifiesta aquí la perenne validez de lo que el Apóstol escribe: "Como no tuvieron a bien guardar el verdadero conocimiento de Dios, Dios los entregó a su mente insensata, para que hicieran lo que no conviene" (*Rom 1,28*).

Faltando la referencia a una realidad trascendente, se pierde el sentido del hombre que no logra percibirse ni él mismo ni a los propios semejantes como diferentes de las otras especies vivientes:

cerrado en el estrecho horizonte del fisismo, el hombre es reducido a una "cosa", a una propiedad dominable y manipulable por parte de otros. Más aún, es justamente la pérdida de la percepción del hombre como un "otro" que ha llevado a considerarlo como un mero organismo biológico, solamente más desarrollado respecto de los otros organismos. Y, en cuanto tal, el ser humano no puede someterse a las solas leyes biológicas de las otras especies vivientes: el actuar humano no es un objeto de elección, sino que se vuelve, entonces, la respuesta a una serie de instintos comunes con los animales; la reproducción humana, enucleada de su contexto personal, es llevada al mismo nivel de aquellos organismos menos desarrollados desde el punto de vista biológico. La oleada reduccionista no golpea sólo al hombre, sino también a toda la naturaleza: no más "mater" (materia), sino "material" abierto a cada forma de manipulación.

El hombre "padrón" de sus semejantes - en particular de aquellos a los que no se les reconoce "el ser otro"- tiene el pleno poder de decisión: en nombre de la libertad, de la utilidad, de la selección. En esta óptica, el mismo bien "vida" no es el bien de cada uno, sino solamente para quien tiene el poder: la tutela de la vida y la promoción de la salud son, entonces, asignación de algunos, que creen estar legitimados a usar los otros individuos

humanos para el propio bienestar físico y psíquico.

En esta visión intramundana, donde la eficiencia económica, el consumismo, la belleza y el placer de la vida física son los únicos puntos de referencia, es inevitable que: el cuerpo humano se reduzca a objeto de intercambio; la sexualidad se despersonalice y se considere como un medio para afirmar el justo yo y satisfacer los propios deseos e instintos; la procreación - a menos que no atentamente programada - se considere el "enemigo" de evitar con cualquier medio; el sufrimiento es rechazado como inútil y, si no se puede superar, nace y crece la tentación del derecho a morir.

4. Una sexualidad despersonalizada y banalizada: es éste, según Juan Pablo II, el efecto y también la causa del desprecio hacia la vida, en particular de la vida naciente: "la banalización de la sexualidad - se lee en el n. 97 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* - es uno de los factores principales que están en la raíz del desprecio por la vida naciente: sólo un amor verdadero sabe custodiar la vida".

La banalización de la sexualidad y, sobre todo, del cuerpo sexuado: un cuerpo cada vez más utilizado como medio de seducción, un cuerpo reducido a la apariencia, un cuerpo idolatrado. Todo derivado, como ya habíamos dicho, del ex-

travío de los valores, de la desacralización de la persona y del reduccionismo biológico de la existencia humana. Si todo es reducido a la dimensión física, la única modalidad de comunicación es aquella física y el único parámetro de elección es la posibilidad de experimentar o no experimentar placer. De aquí la convicción de considerar que las relaciones sexuales son un medio para el gozo individual y material y que es justo - inclusive obligatorio - satisfacer aquellos instintos que no se quieren reprimir: en este contexto cultural es casi obvio disociar la actividad sexual de la vida conyugal y de la fecundidad.

Mas aún: vaciada del significado y de la finalidad que le son propios y reducida a su sola dimensión biológica, la sexualidad tiende también a volverse de características biológicamente determinadas puro fruto de una elección personal y arbitraria, hasta llegar a la propuesta de un ser humano *unisex* y a la indiferencia de las características sexuales de la persona.

¿A qué idea de sexualidad se hace referencia en este caso? Es evidente que la sexualidad es considerada sencillamente una energía detonante e instintiva, difícilmente controlable y determinable de cada actividad humana: una lectura que se contrapone, evidentemente, a la lectura personalista, que mira a la sexualidad como dimensión estructural de la

persona, modalidad de comunicación y común-uniión, abierta a la fecundidad. La división hombre-mujer y feminidad-maternidad viene, además, acentuada, contradiciendo, entre otras, aquella ontológica complementariedad-reciprocidad entre hombre y mujer, gracias a la cual el ser humano se realiza completamente.

"Dios - se lee en n. 11 de la Exhortación Apostólica *Familiaris Consortio* - ha creado al hombre a su imagen y semejanza: llamándolo a la existencia por amor, lo ha llamado al mismo amor. Dios es amor y vive en sí mismo un misterio de comunión personal de amor. Creándolo a su imagen y conservándolo continuamente en el ser, Dios inscribe en la humanidad del hombre y de la mujer la vocación y, consecuentemente, la capacidad y la responsabilidad del amor y de la comunión. El amor es, por tanto, la vocación fundamental e innata de todo ser humano."

El vaciar la sexualidad de sus características y de su finalidad alcanza la cumbre en lo que es definido como la actitud "gnóstica" hacia el sexo. Según los gnósticos modernos, el sexo en efecto, ordenado a la procreación, estaría en la parte de la caída, porque cada nacimiento da vida a una nueva individualidad y renueva el drama malvado de la caída del instinto originario en los individuos distintos. El gnóstico odia, por lo tanto, la procreación y la niega de modo radical con

el aborto.

No se trata sólo de una diferencia de interpretaciones y contenidos: estamos frente a un total extravío de los valores que está llevando al rechazo de todo lo que quisiera imponerse a la voluntad del sujeto en cuanto norma moral o ley: una moral que, según Marcuse, condiciona con las categorías del bien y del mal las elecciones del hombre. La negación de la moral ha desembocado luego en el subjetivismo y en la apoteosis de la libertad y, sobre todo, en materia de sexualidad, la libertad se ha convertido en el fundamento de todas las elecciones. Una libertad que es también estilo de vida y que se contrapone a cada forma de inhibición, buscando la gratificación de cada instinto. Una libertad para la libertad, una libertad privada de responsabilidad, que pueda incrementar un alud de patologías, aunque si ya es por sí misma una patología una sexualidad sin fines éticos y sociales.

La banalización de la sexualidad, que ha llevado a considerar el embarazo como una "enfermedad": física, psíquica, social. Más aún, el embarazo - sobre todo fuera de un contexto de estabilidad - es el "enemigo" a combatir con cualquier medio: contracepción, esterilización, aborto farmacológico y quirúrgico.

Se vuelve, entonces, clara la razón por la

cual en una encíclica sobre el quinto mandamiento -no matar - hay un entero párrafo, el número 13, dedicado a la contracepción.

"Puede ser, en efecto - se lee en la Encíclica *Evangelium Vitae* - que muchos recurran a los anticonceptivos incluso para evitar después la tentación del aborto. Pero los antivalores inherentes a la 'mentalidad anticonceptiva' - bien diversa del ejercicio responsable de la paternidad y maternidad, respetando el significado pleno del acto conyugal - son tales que hacen precisamente más fuerte esta tentación, ante la eventual concepción de una vida no deseada. De hecho, la cultura abortista está particularmente desarrollada justo en los ambientes que rechazan la enseñanza de la Iglesia sobre la contracepción".

Se delinea, así, el enlace entre dos realidades empíricamente y moralmente diferentes: "Es cierto - se lee siempre en el n. 13 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*- que anticoncepción y aborto, desde el punto de vista moral, son *males específicamente distintos*: la primera contradice la verdad plena del acto sexual como expresión propia del amor conyugal, el segundo destruye la vida de un ser humano; la anticoncepción se opone a la virtud de la castidad matrimonial, el aborto se opone a la virtud de la justicia y viola directamente el precepto divino "*no matarás*". Dos realidades que son presenta-

das "como los frutos de una misma planta." ¿Pero por cuál razón?

5. Para comprender la unión entre mentalidad anticonceptiva y mentalidad abortiva y la razón por la cual la mayor difusión de anticonceptivos no reduce el recurso al aborto, se necesita retomar - sobre todo - las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia sobre la procreación responsable como se propone en la Encíclica *Humanae Vitae*. Los principios doctrinales de dicha Carta Encíclica son enunciados del párrafo 7 al párrafo 13 y se pueden esquematizar de la siguiente manera:

- la visión integral del hombre y su vocación, no solo natural y terrena sino también sobrenatural y eterna;
- el significado del amor conyugal, que revela su verdadera naturaleza y nobleza cuando es considerado en su manantial supremo, Dios, que es Amor: la donación recíproca de los cónyuges se vuelve, entonces, colaboración con Dios en la generación y en la educación de nuevas vidas;
- las características del amor conyugal, que es humano, total, fiel, exclusivo y fecundo;
- los contenidos de la paternidad responsable en relación a los procesos biológicos (conocimiento de las leyes biológicas que implican a la persona humana), a las tendencias del instinto y las pasiones (dominio que la razón y

la voluntad tienen que ejercer sobre ellas) a las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales (deliberación ponderada y generosa de hacer crecer una familia numerosa o decisión, tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar temporalmente o también a tiempo indeterminado un nuevo nacimiento); al reconocimiento de los deberes con Dios, con sí mismos, con la familia y con la sociedad, en una justa jerarquía de valores;

- la naturaleza y la finalidad del acto conyugal, que - por su íntima estructura - "mientras une intensamente los esposos, los dispone a la generación de nuevas vidas, según leyes inscritas en el ser mismo del hombre y de la mujer".

La enseñanza del Magisterio de la Iglesia se apoya, pues, en la salvaguardia del sentido auténtico de la donación y el amor conyugal, de cual un acto sexual intencionalmente abierto a la transmisión de la vida es su expresión más plena.

Si, para distanciar o evitar un embarazo, existen serios motivos, derivados de las condiciones físicas o psicológicas de los cónyuges, o de circunstancias exteriores, el Magisterio de la Iglesia "enseña -se lee en el n. 16 de la Carta Encíclica *Humanae Vitae*- que es entonces lícito tener en cuenta los ritmos naturales inmanentes a

las funciones generadoras para usar del matrimonio sólo en los períodos infecundos y así regular la natalidad sin ofender los principios morales que acabamos de recordar".

En otras palabras, cuando para distanciar o evitar un embarazo, los cónyuges eligen tener o no tener relaciones sexuales según el período fértil o no fértil del ciclo menstrual de la mujer, ellos renuncian a un acto conyugal que podría llevar a una concepción. La decisión de evitar una posible generación con la omisión voluntaria de un acto conyugal es un acto de responsabilidad procreador: no es sencillamente un "no hacer", sino el fruto de una selecta elección específica, de un comportamiento sexual que proviene de la voluntad orientada por la razón.

La renuncia tiene de por sí un sentido procreador: se lleva a cabo por razones de responsabilidad procreadora y se vuelve expresión de los dos sentidos del acto conyugal - procreador y unitivo - sobre todo en su inseparable conexión espiritual y corporal. En un comportamiento procreador responsable, el acto conyugal y su dimensión generativa se integran plenamente con la vida del espíritu. Esta integración se puede definir como "castidad" y solicita - como se puede leer en el n. 21 de la Carta Encíclica *Humanae Vitae* - "sólidas convicciones acerca de los verdaderos valores de la vida y de la

familia, y también una tendencia a procurarse un perfecto dominio de sí mismos. El dominio del instinto, mediante la razón y la voluntad libre, impone, sin ningún género de dudas una ascética, para que las manifestaciones afectivas de la vida conyugal estén en conformidad con el orden recto y, particularmente, para observar la continencia periódica".

¿Qué ocurre, en cambio, con el recurso a la contracepción, definida –en el n. 14 de la Carta Encíclica, con el aborto y la esterilización– como "una vía ilícita para la regulación de la natalidad"?

La contracepción impide que los actos sexuales libremente elegidos puedan dar origen a una nueva vida. El recurso a la contracepción supone, entonces, la voluntad de impedir una concepción sin excluir la relación sexual que, sin el uso de contraceptivos, podría ser fecunda. No hay, pues, un cambio responsable de un comportamiento sexual: la pareja se limita a utilizar una técnica para modificar la finalidad intrínseca de un acto. La contracepción, entonces, no solamente es artificial porque se vale de instrumentos extraños al organismo humano, sino más bien porque presupone la elección de usar la sexualidad y el cuerpo como simples objetos y de reducir a una dimensión solamente biológica el más personal e importante entre los actos humanos, el acto procreador.

El acto procreador: un acto no vegetativo, como el digerir o el respirar; un acto no solamente biológico; un acto que, partiendo de una elección libre y voluntaria de los cónyuges, implica la totalidad y la reciprocidad de las personas: y en el ámbito de dicha relación, de dicha comunión de alma y cuerpo, en este abrazo de amor, puede realizarse la llamada a la existencia de una nueva vida humana. De la donación de las personas mana el don de la vida: un don que trasciende y transforma el acto biológico, aún estando presente. Un acto que encausa, como ya lo hemos afirmado, una gran responsabilidad: la responsabilidad de las decisiones concientes de las consecuencias; la responsabilidad del hacerse cargo de las consecuencias de estas decisiones.

La mentalidad anticonceptiva consiste, entonces, en la separación del comportamiento sexual de la responsabilidad procreativa, en la división de la responsabilidad respecto de la generación de una nueva vida del propio comportamiento sexual: esto prescindiendo de las razones de tal elección. Las razones que pueden llevar a una pareja a distanciar o a evitar un embarazo pueden ser múltiples (las dificultades económicas y sociales, la presunta inadecuación psico-educativa) y sólo la pareja puede valorar si tales razones son o no válidas. Pero, la cuestión consiste en que la elección anticoncepti-

va siempre comporta la separación de la responsabilidad procreativa de la práctica de los actos sexuales. En tal modo, la sexualidad se hace autónoma de sus significados y finalidades hasta el caso extremo - como ya lo había dicho - de su banalización, convirtiéndose en medio de consumo y de placer, fuera de cualquier contexto de estabilidad y fidelidad.

La diferencia entre contracepción y continencia periódica no es dada, pues, por el hecho de que la primera va contra la vida - la búsqueda de la vida podría faltar también con la continencia periódica -, sino en el hecho de que la decisión anticonceptiva lleva a un comportamiento sexual sin responsabilidad procreadora.

Por consiguiente, una concepción no prevista por parte de la pareja que recurre a la continencia periódica dará origen a un hijo en todo caso "intencional", puesto que al origen de la elección de aquel acto conyugal siempre ha tenido incluida una asunción de responsabilidad. Pero si la pareja ha hecho una elección anticonceptiva y se origina una concepción, ella tiene dificultad en sentirse responsable de una nueva vida: esta posibilidad fue, en efecto, excluida desde el momento de decidir si realizar actos conyugales. El hijo "que viene" es un hijo no programado, no querido: una amenaza a la misma vida hasta llegar a la decisión extrema de suprimirlo con el aborto.

El aborto no es, entonces, la manifestación de una voluntad genérica de matar, sino la manifestación de la voluntad de excluir las consecuencias procreadoras del propio acto sexual. El hijo concebido no es considerado como un hombre real, sino como causa de un acontecimiento futuro: el nacimiento de un niño, que como consecuencia de las fallas de la contracepción, se busca impedir con el aborto.

"La vida - se lee en el n. 13 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*- que podría brotar del encuentro sexual se convierte en enemigo a evitar absolutamente, y el aborto es la única respuesta posible frente a una anticoncepción frustrada".

6. "Como frutos de una misma planta": una unión presente no sólo a nivel cultural, sino también empírica.

"Para facilitar la difusión del aborto - escribe Juan Pablo II en el n. 13 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* - se han invertido y se siguen invirtiendo ingentes sumas destinadas a la obtención de productos farmacéuticos, que hacen posible la muerte del feto en el seno materno, sin necesidad de recurrir a la ayuda del médico. La misma investigación científica, sobre este punto, parece preocupada casi exclusivamente por obtener productos cada vez más simples y eficaces contra la vida y, al mismo tiempo, capaces de sustraer el aborto a toda forma de con-

trol y responsabilidad social".

En efecto, es de conocimiento público, que existen en el comercio o se encuentran en fase de experimentación 'preparados' que impiden no simplemente la ovulación o el encuentro del óvulo con el espermatozoide, sino la anidación del embrión en la cavidad uterina, o bien, causan su separación de la pared uterina en las primeras fases del desarrollo. Se trata de los interceptivos (la mini píldora, los progestacionales de administración intramuscular o con cápsulas subcutáneas, la píldora del día siguiente, el espiral), de los contragestivos (RU486, prostaglandina, vacuna antigonadotropina coriónica humana) y de la misma píldora estroprogestínica, sobre todo, en el caso en que haya sido preparada con bajos niveles de estrógenos.

Más aún, la "contracepción abortiva", realizada con la píldora del día siguiente, es propuesta como la forma de "prevención" más eficaz y segura. Con una dificultad: el atributo "abortivo" lleva a algunas mujeres - favorables a la contracepción pero contrarias al aborto - a no aceptar su uso.

De aquí la necesidad de acuñar un neologismo -"contracepción de emergencia"- para tranquilizar, por una parte, a las mujeres sobre el mecanismo de acción del producto suministrado y, por otra,

para hacer comprender la urgencia de su administración (dentro de las 72 horas de la relación sexual presuntamente fecundante y no después de las 72 horas).

Una información no conforme a la verdad. El efecto, desde el momento en que el mecanismo de acción de estos productos usados para la emergencia, (estrógeno, estroprogestínicos, progestacionales, danazolo, mifepristone, espiral) es esencialmente aquel de impedir la continuación del desarrollo del embrión, evitando la anidación en la pared uterina, es erróneo definirlos como "anticonceptivos", en cuanto que un "anticonceptivo" es un producto que actúa "contra la fecundación" y no cuando ésta ya se ha dado.

Para acuñar el neologismo "contracepción de emergencia" ha sido, entonces, necesaria otra manipulación del léxico, aquella del concepto de "embarazo". Y así de considerarla como un "período incluido entre la fecundación y el parto", el embarazo se ha convertido - en la relectura del *American College of Obstetricians and Gynecologists* - en el "período entre la anidación y el parto". Por consiguiente, se considera "aborto" sólo lo que ocurre en el período entre la anidación y el parto, mientras que el impedimento de la anidación no entraría en la clasificación del tema del aborto sino en el tema de la contracepción.

Pero, incluso queriendo acoger esta rede-

finición del embarazo que tiende a privilegiar el estado de la mujer que se advierte "subjetivamente" embarazada sólo en el momento en que el embrión toma contacto con la pared uterina, tenemos que evidenciar en todo caso que, desde el momento de la fecundación, se ha iniciado un nuevo ciclo vital, o mejor, la existencia de un individuo humano en desarrollo. Pues, aunque si se quisiera sustentar que el recurso a un producto de acción antianidatorio no comportaría la interrupción de un embarazo, se debe, en todo caso, admitir que la causa de la detención del desarrollo de un individuo humano lleva a la inevitable necesidad de definir después este acto y de colocarlo en la reflexión ética y jurídica relativa a la tutela de la vida concebida.

7. "Como frutos de una misma planta": el análisis del estado de hecho y de la etiología de la mentalidad anticonceptiva y de la mentalidad abortista constituyen el punto de partida para establecer una estrategia preventiva.

Esta estrategia es delineada de modo claro por Juan Pablo II en el n. 96 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*: es necesario empezar desde la "formación de la conciencia moral sobre el valor incommensurable e inviolable de la vida humana." Formación de la conciencia moral: es este el objetivo primario de cada obra educativa, que ayuda - se lee en el n. 97

de dicha Carta Encíclica - "al hombre a ser cada vez más hombre, lo introduce siempre más profundamente en la verdad, lo orienta hacia un respeto creciente por la vida, lo forma en las justas relaciones entre las personas".

Las modalidades que se deben privilegiar en la obra educativa y que se deben contrastar con mentalidad anticonceptiva y abortiva son, como mínimo, tres:

- la educación de la sexualidad y del amor, porque "es una ilusión pensar que se puede construir una verdadera cultura de la vida humana, si no se ayuda a los jóvenes a tomar y a vivir la sexualidad, el amor y la entera existencia según su verdadero sentido y en su íntima correlación" (Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, n. 97);
- la educación de la procreación responsable: "La obra de educación para la vida incluye la formación de los cónyuges para la procreación responsable" (Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, n. 97) o bien el conocimiento de la verdad del acto conyugal y procreador como orientación al propio actuar, verdad que se hace historia - como ya lo habíamos dicho - con el recurso a los métodos de regulación natural de la fertilidad. Pablo VI escribió - en la Carta Encíclica *Humanae Vitae* - "exige a los esposos adquirir un perfecto dominio de sí mismos" (n. 21) en el contexto de un ambiente fa-

vorable a la castidad (n. 22) y que valoricen la gracia que les ofrece el sacramento del matrimonio, manantial de respuestas espirituales y de precisas responsabilidades (n. 25) también a través de la ayuda que las parejas son llamadas a darse recíprocamente (n. 26);

- la educación para la acogida de la vida ya concebida, que debería comprender, ya sea la información sobre la realidad del embrión en las primeras fases de su existencia, ya sea, la formación al actuar responsable. En efecto, detrás de la muerte del niño todavía no nacido, no se encuentra solamente la decisión de la madre, que a menudo sola y desconcertada recurre al aborto; la responsabilidad de este acto extremo y desesperado, que es siempre un hecho ilícito, es también de otras personas.

"En la decisión sobre la muerte del niño aún no nacido - se lee en el n. 59 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* - además de la madre, intervienen con frecuencia otras personas. Ante todo, puede ser culpable el padre del niño, no sólo cuando induce expresamente a la mujer al aborto, sino también cuando favorece de modo indirecto esta decisión suya al dejarla sola ante los problemas del embarazo: de esa forma se hiere mortalmente a la familia y se profana su naturaleza de comunidad de amor y su voca-

ción de ser "santuario de la vida". No se pueden olvidar las presiones que a veces provienen de un contexto más amplio de familiares y amigos. No raramente la mujer está sometida a presiones tan fuertes que se siente psicológicamente obligada a ceder al aborto: no hay duda de que en este caso la responsabilidad moral afecta particularmente a quienes directamente o indirectamente la han forzado a abortar. También son responsables los médicos y el personal sanitario, cuando ponen al servicio de la muerte la competencia adquirida para promover la vida".

Es entonces fundamental educar al hombre y a la mujer para que asuman las mismas responsabilidades de frente al acto procreador, venciendo la mentalidad arraigada de que la procreación sólo sea tarea de la mujer y que la implicación del hombre sólo sea de modo ocasional. En este sentido, el lugar prioritario de la educación y de la ayuda a la vida es -como ha subrayado muchas veces Juan Pablo II- la familia: "A la familia cristiana -se lee en el Discurso del 7 de diciembre del año 1981 - se le abre, al respecto, un "espacio de caridad" inmenso: el espacio de la ayuda civil para que no se establezca la costumbre o la mentalidad en la que ya no se percibe el valor absoluto de la vida humana ya concebida y aún no nacida".

Pero la responsabilidad es también de

cuantos han favorecido la difusión de una mentalidad de permisividad sexual y desestima de la sexualidad, de la conyugalidad y de la maternidad. Se lee a tal propósito en el n. 22 de la Carta Encíclica *Humanae Vitae*: "Todo lo que en los medios modernos de comunicación social conduce a la excitación de los sentidos, al desenfreno de las costumbres, como cualquier forma de pornografía y de espectáculos licenciosos, debe suscitar la franca y unánime reacción de todas las personas solícitas del progreso de la civilización y de la defensa de los supremos bienes del espíritu humano".

8. Una mentalidad, que es fomentada también por el engaño de las palabras, de la manipulación semántica: no sólo expresiones como "contracepción de emergencia" o "la píldora del día siguiente" y la redefinición del embarazo, sino también - por ejemplo - hablar de "regulación de la fertilidad" para indicar el recurso a la contracepción-esterilización - aborto y no a los métodos de diagnóstico de la fertilidad. Todo ello con un objetivo bien preciso: hacer aceptar una realidad que de otro modo serían rechazada. De otra parte, desde siempre la "palabra" es empleada como instrumento de conflicto ideológico, político y también científico, o como instrumento para disfrazar la verdad.

"Cuando me sirvo de una palabra - con-

testó con tono desdeñoso Humpty Dumpty a Alicia, en el libro "Alicia en el país de las maravillas" - esa palabra significa, ni más ni menos, lo que me gusta a mí. El problema es - insiste Alicia - si Usted puede dar a las palabras significados así diferentes. El problema es - interrumpió Humpty Dumpty - ¿quién es el patrón"

¿Quién es el patrón? Es justo esta la cuestión central: quién tiene tanto poder para decidir modificar arbitrariamente el sentido de las palabras con el objetivo de usarlas como instrumento de poder, para encubrir una verdad demasiado incómoda, para hacer aceptar la realidad no cond divisible? Manifestación de un deseo de poder o síntoma del malestar de las conciencias, la palabra se vuelve así un instrumento de dominio, de adormecimiento de la realidad en sí misma temible: se trata de decir de otro modo aquello que se tiene miedo de decir; de hacer pasar una concepción del mundo que es sólo de algunos; de manipular la mente de los otros.

No se trata, como ya lo habíamos dicho, de una novedad. En cada época, el hombre ha usado las palabras para decir la verdad o para decir mentiras: y así los potentes de siempre han usado la palabra para mandar, para hechizar, para privar de la voluntad a los propios semejantes. Con el tiempo, en cambio, la mentira

no ha sido suficiente y ha sido necesario elaborar un nuevo idioma, aquél que Orwell en su obra "1984" llama la Neolingua.

En la simbólica fantasía de Orwell el mundo se dividió, en el año 1984, en tres inmensos estados, dos de los cuales estaban en guerra entre ellos mismos. Oceanía es la sociedad utópica gobernada según los principios del *Socing*, es decir del Socialismo inglés que se basa en la incontestable autoridad del jefe carismático, el *Gran Hermano*. El arma más potente con la que cuenta para actuar sobre las conciencias e imponer los dogmas del *Socing* es justamente, la Neolingua, un sistema lingüístico arbitrariamente elaborado por los técnicos del partido, en donde cada término asume sólo y exclusivamente el sentido que está más en armonía con los principios de la ideología del *Socing*.

De este modo, no se permiten otros principios y valores diferentes del programa de la clase dominante: "el fin de la Neolingua - Orwell escribe - no es solamente aquel de proveer un medio de expresión para la concepción del mundo y de las costumbres mentales propias de los seguidores del *Socing*, sino sobre todo, hacer imposible toda otra forma de pensamiento".

La *Arqueolingua* es, en cambio, la lengua

de empleo común antes del *Socing*: ella está destinada a desaparecer, reemplazada por la Neolingua y solamente el día en que la Arqueolingua sea reemplazada en todo por la Neolingua, "la última unión con el pasado" habrá sido superada.

La manipulación del lenguaje puede ser motivada, luego, no sólo por la conquista del poder sino también por el miedo.

"La característica principal de la antilingua - escribe Italo Calvino en su ensayo *El antilingua* en el año 1965 - es lo que podría definirse como *terror semántico*, es decir, la fuga frente a cada vocablo que tenga de por sí mismo un significado. En el antilingua los significados son alejados constantemente, relegados al final de una perspectiva de vocablos que en sí mismos no significan nada o significan algo vago y fugaz. Por tanto, donde triunfa el antilingua, la lengua es asesinada".

La manipulación del léxico y la manipulación semántica, a la cual asistimos hoy es cada vez más el fruto ya sea del miedo (*el antilingua de Calvino*), ya sea del deseo de poder (*la neolingua de Orwell*): un poder aún más grande de la posibilidad no sólo de mandar al "otro" sino de "poseerlo", de tenerlo en el puño, de actuar sobre los mecanismos que hacen posible su misma existencia.

De este método nace una información alterada, que vuelve necesaria una incesante contra-información, adherente a la verdad científica y a la verdad sobre el hombre y capaz de estimular el sentido crítico de los que la disfrutan. Es necesario, en efecto - se lee en el n. 58 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* - "mirar de frente a la verdad y llamar las cosas por su nombre sin ceder a compromisos de conveniencia o a la tentación del autoengaño. A este propósito resuena categórico el reproche del Profeta: "Ay, los que llaman al mal bien y al bien mal; que dan oscuridad por luz y luz por oscuridad (Is 5,20)".

La verdad es, entonces, más que nunca necesaria si no se quiere transformar el mundo en una sección del pensamiento prefabricado, con gente que cree ser libre y mientras tanto - sin darse cuenta - se deja manipular.

En los objetivos de una procreación responsable, la información es un elemento importante pero no el único, ya que el comportamiento es fruto de una elección ética. Ésta es evidente, de modo particular, en la enseñanza de los métodos de la regulación natural de la fertilidad, que no se limita a enseñar aspectos técnicos, sino - como escribe Juan Pablo II en un Discurso del 13 de diciembre del año 1985 - "la información y el conocimiento de los métodos naturales por una

paternidad y maternidad responsables tienen que fundamentarse en una correcta antropología".

En el caso de los anticonceptivos y/o de los abortivos, la información tiene que comprender también el mecanismo de acción de estos productos. Tal información es prioritaria con respecto a la orientación ética o a la eventual convicción del médico de que el principio del embarazo coincide con la anidación del embrión en el útero, o a la consideración de que el acontecimiento aborto no está siempre unido a la asunción de la contracepción de emergencia. En efecto, es necesario respetar las convicciones de la mujer, que - incluso no rechazando la contracepción - considera, en cambio, una intervención post-fertilización supresora de una vida humana y, por tanto, éticamente ilícita. Además, tal información debe ser dada aunque se trate de un acontecimiento raro ya que puede ser importante para la mujer. Por otra parte, ¿qué médico, incluso sabiendo que la incidencia de muerte por anestesia, es un acontecimiento muy raro (menos de 1 sobre 25.000 casos) no discute en todo caso con el paciente antes de una intervención quirúrgica? Y entonces, ¿por qué razón el médico debería arrogarse el derecho a no informar a la mujer, incluso sabiendo que para ella es importante saber si su elección puede ser causa de muerte del embrión?

La tarea de informar es confiada de modo particular - se lee en los n. 89 y 97 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* - "al personal sanitario: médicos, farmacéuticos, enfermeros, capellanes, religiosos y religiosas... su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana... La Iglesia está agradecida a quienes con sacrificio personal se empeñan en la investigación y en la difusión de los métodos

naturales de regulación de la fertilidad".

El mismo encarecido llamado que, veintisiete años atrás, hiciera Pablo VI a los médicos y al personal sanitario, exhortándolos a "adquirir toda la ciencia necesaria para poder darles a los esposos que los consultan sabios consejos y sanas normas, que según ellos, con todo derecho se esperan".

ESTATUTO JURÍDICO DEL EMBRIÓN EN LA ARGENTINA

*IIº Jornadas de Bioética para
Sacerdotes*

20 de octubre de 2004.

Dra. Patricia Kuyumjdian de Williams

- Abogada, especialista en Derecho de Familia.
- Profesora Adjunta de Derecho de Familia y Sucesiones (Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Argentina)
- Profesora Invitada del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica Argentina)
- Miembro del Comité de Bioética del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (Buenos Aires, Argentina)

Palabras clave

- Status jurídico del embrión
- Embriones sobrantes
- Inicio de la vida

RESUMEN

La autora presenta el panorama de la legislación y jurisprudencia argentina sobre el status jurídico del embrión. Al contrastarlo con la realidad derivada del empleo de técnicas de fertilización asistida, insta a la sanción de una ley en la materia que fije límites.

INTRODUCCIÓN

El hombre puede hoy no sólo controlar su evolución genética, sino también trasladar su reproducción del hogar al laboratorio, con total disociación entre sexualidad y procreación. Esto exige un gran sentido de responsabilidad, ya que como sostiene el Padre Javier Gafo: "No todo lo que resulta técnicamente posible, es siempre y al mismo tiempo, moralmente aceptable y socialmente deseable".

El nacimiento de Louise Brown en 1978 no sólo revolucionó el mundo científico sino que provocó una serie de interrogantes bioéticos, que aún hoy se mantienen y que demuestran la necesidad de que el derecho dé respuestas a las nuevas problemáticas.

En la Argentina, el primer nacimiento como consecuencia de la implementación de estas técnicas tuvo lugar en 1986. A partir de esa fecha la problemática de la existencia y destino de los embriones so-

brantes es un dilema bioético sin solución por la carencia de una legislación específica sobre el tema.

Hoy intentaremos primero explorar la realidad, para luego ver qué respuestas podemos encontrar en la legislación y jurisprudencia argentina en torno al tema del status jurídico del embrión.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS EMBRIONES SOBRANTES EN LA ARGENTINA

En la actualidad los embriones sobrantes pueden tener los siguientes destinos:

1. Criopreservación
2. Descarte
3. Investigación
4. Donación: caso Australia
5. Transferencia post mortem
6. Divorcio de los padres: plantea el problema de resolver a quién pertenecen los embriones congelados luego del divorcio de sus padres y qué destino darles. Caso Trenton y Mary Sue Davis.
7. Selección pre-implantatoria: casos Hashni y Nash

STATUS JURÍDICO DEL EMBRIÓN SEGÚN LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA ARGENTINA

La Constitución Argentina en su art. 75 inc. 22 establece que tendrán jerarquía constitucional los Tratados expresamente enumerados por ella.

Entre los Tratados y Convenciones ya incorporados al cuerpo constitucional se encuentran: la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

La primera, en su art. 4 inc. 1 dice: *"Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente."*

Respecto de la segunda, la Argentina, al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, formuló varias reservas, entre ellas: *"se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad."*

Según los artículos 63 y 70 del **Código Civil** el comienzo de la existencia de las personas físicas se da en el momento de su concepción en el seno materno.

Una interpretación literal o gramatical nos llevaría a la conclusión de que los embriones crioconservados no son personas por estar fuera del seno materno. Sin embargo, debemos hacer una interpretación integral de la norma y tener en cuenta la intención del legislador, quien en el año 1869, no podía suponer que la concepción pudiera ocurrir fuera del se-

no materno. La intención del Dr. Vélez Sarsfield fue la protección total del ser humano desde el comienzo de su existencia, tenga ésta lugar dentro o fuera del seno materno y, por lo tanto, el status jurídico del embrión es ser sujeto de derecho .

Por su parte, la **jurisprudencia**, en dos fallos, uno de la Cámara Nacional en lo Civil, Sala I y otro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, también sostuvieron que el inicio de la vida humana se da desde la concepción y, por lo tanto, ya estamos desde ese mismo momento en presencia de un sujeto de derecho.

El fallo de la **Cámara Nacional Civil, Sala I, del 3 de diciembre de 1999** se pronunció por primera vez sobre la naturaleza jurídica de las personas concebidas fuera del seno materno y sobre la protección de los embriones supernumerarios considerándolos sujetos de derecho.

A fin de preservar la tutela jurídica de embriones y ovocitos pronucleados, dispuso: a) disponer de un censo de embriones no implantados procediendo a su individualización, así como a la de los dadores de los gametos femeninos y masculinos; b) prohibir toda acción sobre los mencionados embriones y ovocitos que implique su destrucción o experimentación; c) ordenar que toda disposición material o jurídica de los mismos -con

excepción de su implantación en la misma dadora de los gametos femeninos con el consentimiento del dador de los gametos masculinos- sea concretada con intervención judicial y del Ministerio Público."

Por su parte, la **Corte Suprema de Justicia de la Nación** en la causa "*Portal de Belén Asociación Civil s/ fines de lucro c/ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ Amparo*" con fecha 23 de marzo de 2000, sostuvo que la vida comienza con la concepción y prohibió la pastilla *Imediat*, también conocida como

píldora del día después.

CONCLUSIÓN

A pesar de que para nuestra legislación y jurisprudencia es unánime el considerar el inicio de la vida desde la concepción y que el status jurídico del embrión es ser sujeto de derecho, vemos cómo la realidad nos muestra que las técnicas de fertilización asistida se emplean en nuestro país sin limitación alguna y por ello es tan importante que se sancione una ley específica sobre el tema que contenga además normas de tipo penal.

PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA

*IIº Jornadas de Bioética para
Sacerdotes*

20 de octubre de 2004.

Prof. Dr. P. Maurizio Calipari

- Doctor en Teología Moral, con orientación en Bioética (Academia Alfonsiniana, Roma)
- Master en Bioética (Pontificio Instituto Juan Pablo II e Instituto de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma)
- Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano).
- Profesor Visitante de la Universidad Católica de Trujillo (Perú)
- Distinción honorífica del Ministerio de Salud de Lima (Perú)
- Colaborador del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma)
- Miembro del Comité Ético de los Hospitales Reunidos (Reggio Calabria, Italia) y miembro del Comité Ético del Hospital "Cristo Re" (Roma)

Palabras clave

- Proporcionalidad terapéutica
- Medios de soporte vital ordinarios / extraordinarios
- Medios de soporte vital proporcionados / desproporcionados
- Encarnizamiento terapéutico
- Vida
- Muerte
- Relación médico-paciente
- Salud

RESUMEN

El presente artículo aborda, de manera esclarecedora, el tema de la valoración ética en el uso de medios de conservación de la vida humana. A partir del análisis de textos provenientes de la Teología Moral tradicional, propone un camino en tres etapas para llegar a un juicio práctico para cada caso particular. La primera fase del camino está en manos del personal médico y consiste en analizar la proporcionalidad técnico-médica del medio en cuestión; la segunda fase, recae principalmente en el paciente, quien determina la ordinariadad o no de dicho medio de acuerdo a su vivencia personal. Por último, a partir de la consideración de las etapas anteriores, se llega a un juicio ético que guiará el accionar terapéutico.

El que abordaré es un tema bastante particular. Probablemente, alguno de ustedes se esté interrogando qué es eso de proporcionalidad terapéutica y en qué medida puede afectarnos a nosotros como sacerdotes. La que haré es una propuesta de tipo teórica fundamentalmente pero, si es bien comprendida, podría -y debería- ser aplicada; es en esa aplicación donde nosotros, como sacerdotes, tendremos la posibilidad, en nuestro diálogo pastoral y en la escucha de nuestros fieles, de decir algo que, no solamente tenga un sentido humano y cristiano,

sino también un sentido más reflexionado desde un punto de vista ético y bioético.

A modo de introducción, quisiera hacer una serie de precisiones. Llamo a lo que les presentaré hoy "principio de justeza ética en el uso de los medios de conservación de la vida". Los que estaban presentes ayer, ya escucharon que esa expresión, a mi parecer, no es perfecta porque es una traducción en castellano de un concepto italiano que no tiene una correspondencia directa. La "justeza ética" en italiano sería "adeguatezza etica" que no es exactamente lo mismo. "Adeguatezza", en italiano, indica la "calidad de ser éticamente adecuado a algo" y no hay una palabra que se corresponda exactamente, por eso, elegimos traducirla como "justeza ética".

Al referirnos a los medios de conservación de la vida, hacemos referencia a todo lo que es terapéutico como acto médico, pero también a otros medios de conservación de la vida, por ejemplo, la comida, los alimentos, todo lo que contribuye al mantenimiento de una vida, de manera natural o artificial.

Se utilizan muchos términos para referirse a este tema -por ejemplo, en el debate bioético actual, frecuentemente encontramos términos como proporcionalidad en las curas o similares- pero, normalmente, quieren significar lo mismo.

Este es un tema que, en el campo de la Bioética, se está desarrollando mucho porque está involucrado en muchísimas gestiones; la práctica clínica pide orientación. Por esto, en diferentes argumentos específicos, se busca un criterio de juicio. De allí la importancia de reflexionar en este campo.

Luego de hacer una pequeña investigación, una búsqueda de material y bibliografía, pude constatar la escasez de literatura que existe sobre el tema. No encontré, por ejemplo, un verdadero estudio que lo abordara de manera completa; encontré artículos, comentarios de aplicación, pero no un estudio sistemático y completo. Este tema es bien conocido en la Teología Moral desde el Siglo XVI aunque, por supuesto, con la debida proporción: los problemas de la terapia o el actuar médico de aquel tiempo no eran los mismos que hoy. Sin embargo, el principio ético ha sido indagado desde entonces.

También desde el Magisterio hay un interés explícito porque hay, al menos, cinco documentos importantes que tratan este tema; todos bastante recientes, excepto uno de Pío XII.

Voy a retomar una primera idea muy someramente para dejarla como idea de fondo del discurso. Es el concepto de vida humana entendida como bien. Frecuentemente se habla de vida humana

en la Bioética, así como otros campos. Pero la vida humana en cuanto tal no existe, nadie puede encontrar una vida humana sin más. Hablamos de vida humana para referirnos al ser humano viviente. Debemos recordar siempre que encontramos y tenemos frente a nosotros a un ser humano viviente. El concepto que fundo es la referencia al valor y a la dignidad de la persona humana viviente.

Entonces, antes de considerar la calidad de la vida humana, su expresión, su realización práctica; antes de esto, podemos afirmar –por las razones teológicas ya expuestas por Mons. Sgreccia (ver artículo *Teología de la vida* en esta edición)– que la vida humana es un bien, que la persona viviente es un bien en sí misma. Podemos sostener esto por otras diferentes razones. La primera y más espontánea es una percepción inmediata: cada persona puede percibir en su experiencia de cada día que la vida humana constituye un bien; es un bien en principio, antes de toda otra consideración. Sobre esta percepción inmediata, se plantea también una reflexión de tipo racional: ¿por qué la vida humana es un bien? No solamente lo percibo, sino también quiero ver claramente porqué es un bien; una justificación racional, por una parte, también teológica, por derivación.

A la luz de la fe, hacemos referencia inmediata a la “imagen y semejanza de Dios”,

en la cual cada uno de nosotros existe y se manifiesta. Asimismo, consideramos la persona humana viviente aquí en su fase terrena; como tal, consideramos la vida humana en su fase terrena como un *bien fundamental*, porque es el bien que fundamenta y permite todos los otros bienes de la persona. Es decir que, solamente si una persona es viviente puede ser también inteligente, libre, puede expresar su fantasía, su capacidad artística, todo lo que puede ser una persona humana en la plenitud de su calidad; sólo si es viviente, por eso es un bien fundamental. Pero debemos aclarar que *no es un bien absoluto*, porque no es el bien final de la persona; hay otro bien, el único bien absoluto, que es la vida eterna.

De este bien fundamental que es la vida humana, por derivación, puede considerarse también el *bien de la salud*. La salud, en este caso, entendida como una calidad de la vida, una condición vital. No puedo, en esta ocasión, profundizar sobre el concepto de salud; simplemente, querría subrayar que la salud aquí es entendida como una calidad deseable de la vida humana porque, normalmente, la condición de buena salud sería también condición útil para lograr las finalidades fundamentales de la persona. Anteriormente, hablé de la vida terrena como bien fundamental de la persona, ahora hablo de la salud como un bien "para" la persona, no "de" la persona. Es decir, no

es un bien intrínseco a la persona porque, si no hay salud, la persona mantiene todo su valor, toda su dignidad; es una condición muy buena, útil, pero no es un bien fundamental de la persona; es un bien deseable pero, si falta, nada va a cambiar substancialmente en la persona, en términos de valor y de dignidad.

De esta consideración, obtenemos algunas simples consecuencias de tipo ético y operativo. La primera, claramente, es que, del valor y la dignidad de la vida humana, surge su intangibilidad, en un sentido muy amplio. *Intangibilidad* no significa que no se puede tocar una persona, por supuesto, sino que se hace referencia a la custodia, a la tutela atenta de la vida, de acuerdo a su dignidad y su valor. Es la consecuencia de la actitud que asumimos frente a la vida humana, reconociendo su valor y su dignidad. Por eso, el primer deber fundamental es conservar la vida, la propia y la de los demás. La *Evangelium Vitae*, describiendo ese deber fundamental, habla de amar la vida, servir la vida, promoverla y tutelarla (cf. EV n.29). Esta explicitación operativa significa, concretamente, conservar la vida. No se trata, por supuesto, de ponerla en un lugar apartado y conservarla allí, como se conserva un objeto útil o valioso. Se trata de "amarla, servirla, promoverla y tutelarla". Por cada uno de estos términos se podrían hacer muchas consideraciones, pero baste eso como indicación inicial.

De este deber fundamental de conservar la vida, deriva el deber de curarse y de hacerse curar, es decir, una actitud positiva frente al bien derivado de la salud. Pero si se trata de promover la salud, de conservarla y recuperarla, en la medida de lo posible, nace también un interrogante frente a ese deber, una pregunta muy práctica que surge de la experiencia cotidiana: ¿hasta cuándo? Hablando de este tema, la tradición moral, desde el Siglo XVI -particularmente, con los moralistas de la Escuela de Salamanca, que abordaron por primera vez este tema y desarrollaron esta doctrina-, tenía muy claros algunos presupuestos antropológicos y teológicos, los cuales no eran mencionados muy frecuentemente en su argumentación, ya que eran dados por supuesto; eran muy claros en el contexto cultural y teológico de ese tiempo. Pero hoy es mejor expresarlos, para que no se pierda lo que está detrás. Lo haremos de manera muy sencilla porque es casi una repetición.

Estos moralistas estaban bien convencidos, en su fe y en razonamiento teológico, de que la persona humana está creada a imagen y semejanza de Dios, que tiene su dignidad peculiar e inalienable, así como que sólo Dios Creador tiene realmente el dominio pleno sobre la vida. El Hombre no es el dueño de sí; el Hombre es, al contrario, el administrador de su vida en nombre de Dios. Por eso, para ellos, la vida humana representa un bien

fundamental, que tiene como orientación final la vida eterna; es decir, es un bien orientado. En este contexto, la pregunta que surge, tanto ayer como hoy, es ¿qué límites hay con relación a conservar la vida -la propia y la de otros- y al deber de curar y hacerse curar? Porque hay situaciones concretas que nos muestran que hay un límite, también racionalmente hablando. Si la vida es un bien fundamental y no absoluto, por definición, tiene un límite.

Voy a citar muy brevemente, como ejemplo, un texto antiguo de ese tiempo, de Domingo Soto, famoso moralista de la escuela mencionada, que en 1556 había escrito, respondiendo a la pregunta acerca de si uno puede ser obligado a hacerse cortar un miembro, lo siguiente: "Desde el momento en que, en la amputación de un miembro o en la incisión de un cuerpo, existe un dolor grandísimo, nadie puede ser obligado, porque a nadie se le impone conservar la vida con tanto tormento; tampoco se lo debe juzgar como suicida. Es verdadera aquella frase del romano Cayo Mario quien, mientras se le abría la pierna, sostenía 'la salud no es digna de tanto dolor' " (De iustitia et Jure, lib. V, q. 2, art. 1) Este es sólo un ejemplo, un texto clásico, hay muchos otros; lo importante es que la cuestión profundamente ética y teológica está allí planteada. Se reconoce, por lo tanto, un límite a ese deber y se cuestiona acerca del

criterio que ayuda a individualizar ese límite en las situaciones concretas.

Intentaré ahora hacer, simplemente, una rápida y esquemática síntesis de los contenidos elaborados por la tradición moral sobre este tema; no presento un análisis porque nos llevaría mucho tiempo.

Clásicamente, esta doctrina ha sido conocida y transmitida a nosotros con el nombre de "doctrina de los medios ordinarios y extraordinarios de conservación de la vida". ¿Cuáles serían los **medios ordinarios** según esos textos de los moralistas? Hay algunos elementos que los definen como tal:

- Son aquellos medios que tienen una razonable esperanza de beneficio (*spes salutis*).
- Son, normalmente, medios de uso común. Aquí hay que hacer una pequeña precisión. Este adjetivo "común" está relacionado con el estado de vida personal de cada uno. Es decir que, lo que es común para una persona que vive normalmente en el mundo, no es igual que, por ejemplo, lo que es común para un religioso, en particular, en el Siglo XVI. Los moralistas estaban muy atentos a la persona en su realidad fáctica. Esta cualidad está comprendida en la expresión latina *secundum proportioem status*: sobre la base de la condición concreta de

cada uno, en su estado de vida.

- Son, también, medios de fácil acceso y empleo que tienen, generalmente, una ausencia de carga significativa para el paciente. La expresión que explica esta cualidad es *son media non difficilia o media facilia*.

Estos medios, en líneas generales, son obligatorios. Es decir que, si la conservación de mi vida puede ser llevada a cabo a través de un medio ordinario, tengo la obligación de hacerlo y, en cuanto médico, la obligación moral de desarrollar esta acción.

Pasamos ahora a los **medios extraordinarios**. Los moralistas se dedicaron con más compromiso a la definición de estos medios, hasta el punto de casi decir que lo que no es extraordinario es, por *default*, ordinario. Yo estoy de acuerdo con esta explicación; luego expondré porqué.

¿Qué elementos de connotación tenemos, entonces, para los medios extraordinarios?

- Son medios que ya no están más en grado de procurar un real y significativo beneficio al paciente, es decir, no tienen *spes salutis*.
- Además, comportan para el paciente una carga proporcionalmente grande o una cierta imposibilidad (*quaedam impossibilitas*) de utilizar este medio ¿Por qué? Las razones son varias: im-

plican un esfuerzo muy grande (*sumus labor*), provocan mucho peso (*media nimis dura*), dolor o un sufrimiento muy fuerte (*quidam cruciatus, ingens dolor*), implican demasiados gastos (*sumptus extraordinarius*), son medios que no se encuentran fácilmente (*media pretiosa*), el empleo de un medio determinado o una acción médica produce en el paciente una experiencia de gran miedo (*vehemens horror*), imposible de superar.

Estos medios por sí mismos, *per se*, son lícitos -e, incluso, a veces meritorios- pero no son obligatorios: son facultativos, es decir, es el paciente quien tiene la libertad, según su juicio personal, de utilizarlos o no. *Per se* son lícitos y facultativos, pero *per accidens*, es decir, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en obligatorios. Esto ocurre cuando esos medios representan el único modo que la persona tiene para cumplir otros deberes más graves, como los de piedad, caridad o justicia. Entonces, sólo en determinadas circunstancias exteriores estos medios se pueden convertir en obligatorios, pero normalmente son medios facultativos.

Los documentos del Magisterio de la Iglesia Católica que han hablado de estos temas de manera más amplia son:

- Pío XII, Disc. *Respuestas a algunas importantes cuestiones sobre la "reanimación"* (24-11-1957)

- Congregación para la Doctrina de la Fe, Istruc. *Iura et Bona* (1980), parte IV
- Pontificio Consejo "Cor Unum", *Dans le cadre. Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y murientes* (27-6-1981), n. 2.4, 7.2-3
- Juan Pablo II, *Catecismo de la Iglesia Católica* (1992), n. 2278
- Juan Pablo II, Enc. *Evangelium Vitae* (1995), n. 65
- Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, *Carta de los Agentes Sanitarios* (1995), nn. 63-65; 119-121
- Juan Pablo II, Disc. *A los participantes del Congreso Internacional sobre el estado vegetativo* (2004), n. 4.

Baste aquí simplemente nombrarlos como índice de referencia; lamentablemente no podré detenerme en cada uno. Sí, en cambio, propondré una muy breve síntesis de los puntos principales que surgen de estos documentos.

Substancialmente, en su doctrina sobre el tema, el Magisterio ha acogido y reconfirmado la doctrina tradicional de los moralistas católicos. Al mismo tiempo, se constata en esos documentos actuales del Magisterio, la creciente complejidad de las situaciones clínicas, lo que muestra cómo el Magisterio tiene sus ojos abiertos a la realidad: en los documentos, se ve con claridad que el Magisterio se da cuenta de lo que ocurre, del desarrollo de

la ciencia, de la complejidad de las situaciones clínicas que hoy la técnica permite.

También, el Magisterio habla de una nueva terminología que se propone hoy, la cual, de alguna manera, tiende no a sustituir, pero a expresar de una mejor manera el concepto de ordinariedad y extraordinariedad en los medios. La nueva terminología sería la que los define como *medios proporcionados o medios desproporcionados*. Pero, en esa propuesta -en mi forma de verlo- no hay una explicitación suficiente de cuál es la eventual diferencia entre una expresión y otra; para ella, es lo mismo decir que un medio es ordinario o que es proporcionado. Además, considero que falta un tratamiento sistemático de la cuestión: en los documentos también hay algunas síntesis, pero no un tratamiento sistemático verdadero.

Ahora sí, haré mención a la propuesta que yo presento frente a esta breve síntesis de lo que ocurrió a través del tiempo. Es un dinamismo de valoración que pensé en tres fases.

La primera premisa para comprender esta propuesta es que la valoración ética de la que estamos hablando no se refiere propiamente al medio de conservación de la vida en cuanto tal; no se trata de decir si un objeto material, técnico, médico, es proporcionado, ordinario o ex-

traordinario, ya que estas calidades son calidades éticas y las cosas no tienen calidad ética. Es el empleo de un objeto según un criterio, según un valor, según un fin que adquiere su calidad ética. Estamos hablando del uso en una situación particular, para un determinado paciente, de un medio para la conservación de la vida. Esto tiene calidad ética; esto puede ser ordinario, extraordinario, proporcionado o desproporcionado.

La segunda premisa es que esa valoración necesita involucrar muchos factores a considerar. Algunos tienen naturaleza de tipo prevalentemente objetiva, es decir, que no dependen directamente de la persona del paciente; otros son prevalentemente subjetivos, mayormente conectados con la persona del paciente.

La última premisa es que hay que realizar esa valoración en un constante diálogo entre el médico y el paciente. No es una valoración que puede ser llevada a cabo de manera correcta y completa sólo por el paciente o sólo por el médico, sino, al contrario, en un diálogo constante, en una especie de alianza. No se trata ni de paternalismo médico -es decir, que el médico decide, porque él sabe todo y frente a él el paciente es como un niño- ni de autonomismo, es decir, una extremización de la autonomía del paciente, en el sentido de que él es una realidad cerrada en sí misma, que no permite una

interacción con quien puede y debe ayudarlo. En todo caso -y esto es muy importante- la responsabilidad última del juicio ético es del paciente. Aquí no caben dudas, porque la vida a sido entregada al paciente para su administración, por lo que tiene la responsabilidad primera. Naturalmente, también el médico tiene una conciencia a la cual debe obedecer y, por eso, tampoco su conciencia puede ser violada y debe ser respetada. Esa alianza entre el médico y el paciente permanece mientras las dos conciencias pueden actuar en la misma dirección, sino se rompe la alianza; ninguno de los dos debe violar su conciencia, sería un grave error.

La primera fase dentro de mi propuesta sería la valoración de los factores objetivos, es decir, los factores que son de naturaleza técnico-médica. La segunda fase es la valoración de los factores subjetivos, es decir, los de naturaleza máximamente personal. La tercera fase se refiere a un juicio de síntesis de las primeras dos que va a llevar a una decisión operativa que sea moralmente adecuada a la situación clínica concreta. Explicaré cada fase muy brevemente.

Podríamos llamar a la primera **fase de valoración de la proporcionalidad**. Utilizo el término proporcionalidad porque esta fase, tal como anticipé, está relacionada con los elementos de carácter téc-

nico-médico. El primer paso sería ver los elementos de carácter técnico-médico, es decir, la situación clínica, y juzgarla desde un punto de vista médico. Esa es una valoración que tiene naturaleza objetiva, porque muchos datos pueden ser medidos de acuerdo a estándares, escalas y demás. Esto es casi completamente independiente de la subjetividad del paciente; es específico, en el sentido de que es para ese paciente y no otro, pero no depende de su reacción, de su personalidad.

¿Qué sería, entonces, un medio proporcionado o desproporcionado? Propongo este tipo de interpretación: la **proporcionalidad** sería una adecuación o inadecuación, desde el punto de vista técnico-médico, con relación a alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital para el paciente. Entonces, podría decirse que un medio es proporcionado si su uso es adecuado, desde un punto de vista técnico-médico, para alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital para el paciente. Podríamos concluir esta fase diciendo que el uso de cierto medio de conservación de la vida debe considerarse proporcionado en la medida, y hasta el momento, en que se demuestra adecuado a una situación clínica determinada, para alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital.

Para hacer esto, el médico se guía por

ciertos criterios, cuenta con algunos puntos de referencia. El logro de un determinado objetivo médico puede ser llamado simplemente eficacia; es decir, si un medio es capaz de alcanzar un cierto objetivo, es un medio eficaz. Pero hablando de eficacia, debemos hacer una pequeña distinción, a mi parecer. Podemos hablar de una eficacia médica, es decir, los efectos saludables objetivos que produce la utilización de un medio de conservación de la vida con relación a un preciso objetivo médico. Pero hay también otra eficacia, eficacia que llamaremos global, que tiene que ver con la obtención de los efectos saludables que resultan ser realmente significativos para la vida del paciente según su valoración personal, en el contexto de su existencia y sobre la base de su escala axiológica. Lo que intento decir es que puede darse que una cierta acción médica procure objetivamente una eficacia médica, pero que sea una eficacia que, para el paciente, no significa nada para su vida, es decir, no es un beneficio tal que va a cambiar la vida del paciente.

Entonces, tomando en cuenta esta diferencia, debemos decir que la valoración de la proporcionalidad tiene que comparar los siguientes factores:

1. La disponibilidad concreta o la plausible posibilidad real del medio.
2. La actual posibilidad técnica de usarlo adecuadamente. A veces, se cuenta

con algún instrumento técnico muy sofisticado, pero no hay quien pueda utilizarlo adecuadamente.

3. Las expectativas razonables de eficacia médica. Estamos en la fase de la proporcionalidad, es decir, de la consideración de los elementos objetivos. Aquí buscamos la eficacia médica, no otra eficacia.
4. Los eventuales efectos colaterales que sean dañinos para el paciente.
5. Los riesgos previsibles para la salud o la vida del paciente eventualmente implicados en el uso del método.
6. La posibilidad actual, en una situación determinada, de recurrir a alternativas terapéuticas que sean de igual o mayor eficacia.
7. La cuantificación de los recursos sanitarios (técnicos, económicos y demás) necesarios para la utilización del medio.

Luego de analizar todos estos factores, se pasa a la segunda fase, la de los aspectos prevalentemente subjetivos de la intervención médica. Estos elementos dependen más estrechamente de la subjetividad del paciente. Por eso, su valoración, esta vez, le corresponde al paciente o, en caso que no pueda, a su legítimo representante en nombre del paciente. Ya hemos dicho que el concepto de ordinariedad o extraordinariedad podría ser considerado como una suerte de valoración "relativa" al paciente, de allí que, en este caso, no podemos buscar una regla abso-

luta de medida: aquello que resulta ordinario o extraordinario para una determinada persona en una situación clínica específica, podría no serlo en una situación diferente o para otra persona en la misma situación.

Ya había citado brevemente la llamada *presunción de ordinariadad* de un medio de conservación de la vida. Esta idea se presenta como muy razonable. La misma parte del concepto de que conservar la vida es un hecho ordinario, es un deber ordinario, porque la vida es un bien fundamental de la persona. No hay que buscar, entonces, razones para tutelar la vida, para conservarla; si hay alguna razón en contrario, entonces sí, hay que demostrarla para interrumpir el deber de conservar la vida. La conclusión sería que un medio de conservación de la vida debe ser siempre considerado ordinario, a menos que su uso en situación comporte para el paciente, según su prudente juicio, al menos un elemento significativo que connote la extraordinariedad de ese método. Si no, siempre será ordinario, es decir, el paciente tiene el deber de conservar su vida.

Ahora, ¿cuáles son los elementos que pueden configurar la extraordinariedad para el paciente en la utilización de un medio? Son los mismos que, de alguna manera, ya hemos encontrado en la tradición moral, adaptados a la actualidad.

El primer grupo podría ser cierta *imposibilidad* por parte del paciente, es decir, un esfuerzo excesivo para alcanzar o utilizar el medio, la experiencia de un dolor físico que sea notorio o insoportable y que no pueda ser suficientemente calmado, costos económicos anexos al uso que sean demasiado gravosos para el paciente o sus familiares, la experiencia de un tremendo pánico o una repugnancia fuerte con relación a la utilización del medio y otros factores que no constituyen una causa de *imposibilidad*, pero que pueden ser causa de extraordinariedad también, esto es, una probabilidad racionalmente alta de que ocurran graves riesgos para la vida o la salud del paciente. Ya había citado este elemento en la primera fase, en la proporcionalidad, pero entonces me refería al mismo desde el punto de vista técnico-médico; aquí me estoy refiriendo a él desde un punto de vista subjetivo, es decir, que un riesgo que los médicos podrían considerar aceptable según un estándar médico, para el paciente, podría no serlo, podría no entender porqué someterse a un nivel de riesgo determinado. Otro elemento sería una baja tasa de eficacia global, es decir, la eficacia para el paciente. El último elemento, la permanencia -consecuentemente al uso del medio- de condiciones clínicas tales que impidan al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves que no pueden ser diferidos. Podría ser que la utilización de un cierto medio

prive al paciente, por ejemplo, de su conciencia por un período muy largo; frente a este hecho el paciente podría negarse.

La tercera fase es simplemente una síntesis clasificatoria. Hablando del uso de un medio de conservación de la vida, tenemos, por un lado, al primer actor, el personal médico. En la propuesta que he presentado aquí, el médico va a evaluar el uso del medio, de lo que deriva el juicio de proporcionalidad (algo así como "a la luz de los criterios mencionados, el uso de este medio para este paciente, en esta precisa situación clínica, resulta proporcionado o desproporcionado"). El paciente, por otro lado, va a juzgar el uso del medio a nivel personal para concluir que el uso de dicho medio por su parte, en esa situación concreta, resulta ordinario o extraordinario. En esta fase, debemos unir estas dos consideraciones, de lo contrario, no alcanzaremos una acción concreta, no sería un **juicio práctico**.

El encuentro de estas variables es muy sencillo, ya que se trata simplemente de la combinación de las mismas; hablando lógicamente, tenemos cuatro posibilidades:

- Medios proporcionados y ordinarios
- Medios proporcionados y extraordinarios
- Medios desproporcionados y ordinarios
- Medios desproporcionados y extraordinarios

Para que cada una de estas categorías descriptivas puedan volverse operativas, necesitan de criterios normativos. Para la Teología Moral esto es muy sencillo, porque la moralidad de la utilización de algún medio de conservación de la vida puede ser caracterizada sobre la base de tres categorías obvias: la primera es la obligatoriedad; la segunda, la opcionalidad o facultatividad; la tercera, la ilicitud. Entonces, el empleo de un medio, al final, caerá bajo alguna de estas tres categorías operativas.

Entonces, vamos a concluir:

- Si el juicio de proporcionalidad técnico-médico es *proporcionado* y el juicio del paciente sobre el mismo medio es *ordinario*, estamos frente a la obligatoriedad del empleo de ese medio para conservar la vida.
- Si, al contrario, en la misma situación, el punto de vista técnico-médico lo juzga *proporcionado*, pero el paciente juzga que el empleo es *extraordinario*, el uso de ese medio por su parte será optativo, dependerá de su libre voluntad (a excepción de las situaciones particulares en las cuales, con el fin de poder cumplir deberes más graves, el uso de un medio proporcionado y extraordinario se convierte en obligatorio para el paciente)
- Puede darse el caso, por el contrario, que el médico concluya que el uso de un medio es desproporcionado; aquí,

independientemente de que el medio resulte para el paciente extraordinario u ordinario, el empleo de un medio desproporcionado técnicamente -a mi parecer- es siempre ilícito. Aunque aquí tendríamos que hacer una última precisión. Puede hablarse de medio desproporcionado de acuerdo a tres criterios distintos. El primero es que es desproporcionado en el sentido de que procura un beneficio que no es suficiente para superar los eventuales efectos colaterales nocivos del mismo. Este es el primer sentido de desproporcionado. En segundo lugar, puede darse que ese medio no es-

té en grado de proporcionar algún beneficio. La tercera y última posibilidad es que sea desproporcionado porque resulta nocivo para la salud del paciente. Para terminar, entonces, agrego que había dicho que el medio desproporcionado es ilícito pero, en el primer caso -sólo en el primer caso- su empleo podría resultar lícito cuando ese medio representa la única manera que el paciente tiene a disposición para poder asumir sus deberes morales gravísimos y que no puede diferir, por ejemplo, para ganar dos o tres días de vida a fin de poder cumplir deberes más importantes.

DECISIONES EN MEDICINA CRÍTICA: ENTRE EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO Y LA EUTANASIA

*II^o Jornadas de Bioética para
Sacerdotes*

20 de octubre de 2004.

Antonio G. Spagnolo

- Médico cirujano, con especialización en Cardiología; especializado en Medicina Legal y de Aseguraciones.
- Licenciado en Filosofía.
- Profesor asociado de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma.
- Investigador de Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma.
- Profesor Extraordinario de Ética de la Vida y de la Salud del Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria "Camillianum", Roma.
- Profesor encargado de la Enseñanza de Bioética y Política, Instituto de Ciencias Religiosas, Pontificia Universidad Gregoriana.
- Ex Director del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma.
- Director Científico de los Cursos de Perfeccionamiento en Bioética y Profesor en el Doctorado de Investigación en Bioética del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma.
- Experto en la Constitución y Procedimientos operativos de los Comités de Ética de Investigación.
- Experto en Consejería de Bioética Clínica.
- Presidente del Comité de Ética de la Dirección General de Sanidad Militar, Ministerio de Defensa, Italia.
- Miembro correspondiente de la Pontificia Academia para la Vida, (Vaticano).
- Vicepresidente de la Sociedad Italiana para la Bioética y los Comités de Ética y Miembro de varios Comités de Ética.

Palabras clave

- Medicina crítica
- Ética clínica
- Muerte
- Eutanasia
- Encarnizamiento terapéutico
- Proporcionalidad terapéutica
- Testamento vital

RESUMEN

Mientras la Medicina parece ofrecer infinitas posibilidades, la práctica de la Medicina es gobernada por los límites. Ninguna otra área de la Medicina expresa más claramente esta paradoja que la Medicina Crítica. Así pues, mientras parece que la Medicina crítica, gracias a las tecnologías y a la experiencia adquirida, podrá sostener la vida indefinidamente, esta es, en realidad, practicada en un contexto de límites y es justamente en este contexto donde surgen las cuestiones éticas más difíciles: frente a la posibilidad y a la esperanza de hacer el bien a un paciente se debe decidir cómo actuar mejor teniendo en cuenta aquellos límites.

Una vez expuesto este marco de situación, el autor se detiene en las cuestiones presentes en la decisión de reanimar, de no reanimar, en la decisión acerca de la alimentación y la hidratación artificial así como en las disposiciones anticipadas de los pacientes y el papel de los familiares-tutores.

LA PARADOJA MORAL DE LA MEDICINA CRÍTICA

Alguien ha señalado que la Medicina moderna es frecuentemente practicada en una situación casi paradójal [1]. Por

un lado, en efecto, parece ofrecer infinitas posibilidades para sostener y mejorar la existencia humana: enfermedades gravemente invalidantes pueden ser identificadas y curadas; diversos órganos pueden ser transplantados, transformando literalmente la vida de los receptores; las parejas que antes no podían tener hijos hoy pueden tenerlos; cada día los estudios sobre genética aumentan nuestra comprensión de las enfermedades y ofrecen la esperanza de un posible tratamiento. Finalmente, con el desarrollo de los soportes médico-técnicos para muchas de las funciones orgánicas (respirador artificial, riñón artificial, hígado artificial, etc.) casi parecería que la muerte pudiera ser pospuesta indefinidamente haciendo parecer de esta manera la práctica médica como ilimitada.

Por otro lado, sin embargo, la Medicina está forzada a moverse dentro de algunos límites inevitables. Ante todo el límite mismo de la finitud de la vida humana: el Hombre es por naturaleza mortal y en su cuerpo está inscripto su límite espacio-temporal. La mortalidad es un atributo esencial de la vida y es coextensivo con ella: no se puede tener una sin la otra. En el uso homérico y de todo el mundo griego posterior, "mortal" ha sido usado como sinónimo de "hombre", en contraposición a la inmortalidad de los

[1] Wildes K.Wm., "The moral paradox of critical care medicine". En: Wildes K.Wm. (ed.), *Critical choices and critical care*, Kluwer Academic Publishers: Dordrecht 1995: 1-4.

dioses. "La posibilidad de la muerte es la carga con la cual se enfrenta la vida, escribía H. Jonas, pero al mismo tiempo, la necesidad de la muerte es la bendición de la vida: sin ella seríamos extranjeros en el mundo" [2]. Pero, en tanto que el límite de la muerte toca inevitablemente a todos los seres humanos, hay allí un amplio espectro de reacciones ante la muerte: algunos pretenden poner fin a la vida apenas ésta se ha vuelto gravosa o llena de sufrimiento; otros buscan prolongar la vida a toda costa (costos económicos y costos morales). ¿Hasta dónde se debería avanzar, por lo tanto, para prolongar esta vida?

Allí están también los límites del conocimiento médico: no siempre se sabe por qué un paciente está enfermo y cómo deberá ser tratado para que mejore realmente. Todo el concepto de lo patológico en Medicina se basa en datos científico-estadísticos los cuales, con todo, deben ser luego evaluados subjetivamente por el médico que los tiene que encuadrar en el marco de la singularidad de cada paciente y al obrar de esta manera introduce el límite ligado a toda interpretación subjetiva.

No menos importantes son, finalmente, los límites de los recursos: no se pueden tener siempre todos los recursos - en tér-

minos de personal, de tiempo o de dinero - para hacer todo aquello que podría ser hecho por cada paciente. Este último límite, en particular, podría conducir al extremo de que una decisión, que sólo tuviera como objetivo el bien de un paciente, de hecho constituiría una opción implícita de no hacer cualquier cosa a cualquier otro paciente. Las decisiones tomadas en clínica no involucran sólo al paciente que es tratado sino también a otros pacientes anónimos que, por la escasez de recursos - debida también a las decisiones tomadas-, podrán ser tratados menos agresivamente o, tal vez, no podrán ser tratados en absoluto. A su vez, cada una de las posibles decisiones clínicas están fuertemente influenciadas por las decisiones tomadas en el ámbito socio-político, poniendo en evidencia la sutil relación que puede haber entre los dos ámbitos de elección.

La paradoja es, por lo tanto, que mientras la Medicina parece ofrecer infinitas posibilidades, la práctica de la Medicina es gobernada por los límites. Y ninguna otra área de la Medicina expresa más claramente esta paradoja que la Medicina Crítica: si consideramos, en efecto, los límites antes mencionados veremos cómo todos se evidencian en la realidad de la práctica intensiva [3]. Así pues, mientras

[2] Jonas H., "The burden and blessing of mortality", *Hastings Center Report* 1992; 22(1): 34-40.

[3] Serani-Merlo A., Rosso P., "Intensive care: its nature and problems". En: Wildes K.Wm. (ed.), *Critical choices and critical care*, Kluwer Academic Publishers: Dordrecht 1995: 63-78.

parece que la Medicina Crítica, gracias a las tecnologías y a la experiencia adquirida, podrá sostener la vida indefinidamente, esta es, en realidad, practicada en un contexto de límites y es justamente en este contexto donde surgen las cuestiones éticas más difíciles: frente a la posibilidad y a la esperanza de hacer el bien a un paciente se debe decidir cómo actuar mejor teniendo en cuenta aquellos límites.

LA ÉTICA CLÍNICA Y LA ÉTICA DE LA DECISIÓN

La instancia ética intrínseca a la praxis médica nace con toda su problematidad justo en el momento de la decisión clínica, frente a un acto exquisitamente humano que, aun siendo expresión de la libre voluntad, presupone un examen atento de todos aquellos elementos cognoscitivos con los cuales pueda luego ser justificada la acción emprendida. Toda decisión, a saber, comprende una fase de "in-decisión" en la cual todos los aspectos de la realidad sobre la que se actúa requieren de una atenta evaluación: "los aspectos humanos como los técnicos, las modalidades de intervención como el fin que allí se propone, las consecuencias no menos que los objetivos" [4], pero, sobre todo, las dimensiones de la salud, considerada no sólo en sentido somático sino también en sentido psicológico, socio-

ambiental y ético-espiritual.

La dimensión ética está justamente en esta fase de la reflexión - que se inserta entre la intención y la ejecución - para garantizar la calidad humana de la decisión misma, confiriéndole sabiduría y evitando que desemboque en un mero intervencionismo.

Las cuestiones que marcan este tiempo de "in-decisión" y que terminan cuando se alcanza una decisión que tenga todas las características esenciales de un acto humano son diversas y no se agotan en la cuestión de la factibilidad técnica, ni en la de la responsabilidad jurídica, ni siquiera en la deontológica. Se trata de la cuestión integrativa de la ética que desde las aulas universitarias y los estudios de los eticistas se aparta *in situ* de su origen mismo, el lecho del enfermo, allí donde se generan los dilemas que los eticistas contemplan y allí, donde en definitiva las discusiones éticas se concretizan en la decisión de la acción particular [5].

Este apartarse de la ética en el lecho del paciente, en la unidad de reanimación, lleva a muchos a opinar que el proceso de decisión debería ser remodelado, no pudiendo ya hacerse, en nuestra sociedad educada moralmente de modo heterogéneo, elecciones éticas improvisadas,

[4] Spinsanti S., "La decisione cardiocirurgica: aspetti etici", *Cuore e Salute* 1987; 2/3: 10-14.

[5] Spagnolo A.G., *Presupposti bioetici della decisione clinica*, Federazione Medica 1994; 5: 23-28.

de modo intuitivo [6]. La ética clínica, pues, se ha vuelto una cuestión pública y cada decisión del médico no puede dejar de ser justificada frente al paciente, a sus familiares, a los propios colegas, a los jueces. En consecuencia, todo médico siente cada vez más la exigencia de un mayor conocimiento sistemático y formal del análisis ético de los casos singulares; cada uno, por esto, debe comenzar a aprender cómo usar los instrumentos y las metodologías propias de la Bioética, considerando que una adecuada formación ética en el campo de la Biomedicina y de la Medicina Clínica representa el supuesto previo y la garantía para un correcto ejercicio profesional.

Los protagonistas de la ética clínica, aquellos que son llamados a tomar decisiones, no tienen la posibilidad de abstenerse de hacerlo o de suspender por un momento el juicio: la decisión debe tomarse del modo que sea e incluso no decidir es una decisión éticamente relevante. La situación concreta no es una ejemplificación como cualquier otra de un principio sino el desafío existencial y personal de aquellos que están implicados; y la discusión no hace surgir simples opiniones sobre aquello que debería hacerse, sino que lleva a actuar según aquello que debe ser hecho.

Aquel que está implicado en la decisión clínica tiene indudablemente una responsabilidad mayor que el eticista académico en cuanto que su interrelación personal con el paciente, sus valores y su estilo de razonamiento modulan de modo significativo la decisión: puestas aparte las argumentaciones, es él quien debe convivir con la decisión, llevarla a su cumplimiento, afrontarla en casos análogos en el futuro.

Con todo, incluso frente al caso concreto, no puede haber una completa "separación" entre la ética casuística y la reflexión más general sobre los valores éticos y los principios de referencia [7]; es necesario, entonces, que haya siempre un vínculo con el momento académico: sólo a través de una reflexión más general es que en la decisión concreta se puede alcanzar una afinación del juicio valorativo, aun cuando no se trata simplemente de adaptar los juicios morales teóricos a las circunstancias particulares. Por otra parte, incluso bajo los vericuetos de lo concreto y de la complejidad del caso particular se pueden esconder opciones bien precisas que responden a una clara base filosófica de fondo.

LA DECISIÓN DE REANIMAR

Se trata de una decisión que debe ser to-

[6] Pellegrino E.D., "Clinical ethics: biomedical ethics at bedside". *Journal of the American Medical Association* 1988; 260: 837-839.

[7] Sgreccia E., "Bioética clínica (Editoriale)", *Medicina e Morale* 1988; 3/4: 395-396.

mada rápidamente para ser eficaz y, por lo tanto, el ejecutor tiene –en general– poco tiempo para considerar las consecuencias de su acción. Además, los pacientes que requieren una reanimación raramente han tenido la ocasión de pensar antes en sus propias preferencias pro o contra la reanimación. Por estos y por otros motivos, la reanimación cardiopulmonar (RCP) fue aplicada en el pasado a todos los pacientes y en cualquier circunstancia, sentida como una obligación moral por parte de muchos médicos y, así, en muchos hospitales fueron adoptados lineamientos guía que han recomendado tal intervención en forma generalizada [8]. Estamos en la perspectiva tradicional de la ética basada en la beneficencialidad, por la cual parte del médico y de la comunidad sanitaria *at large* la iniciativa de aplicar una intervención médica con la perspectiva de beneficencialidad presunta para el paciente. En estos últimos años, sin embargo, los médicos se han dado cuenta de que no todos los pacientes, especialmente aquellos con una enfermedad terminal, requieren ser reanimados. Además, la RCP practicada en pacientes externos al ambiente hospitalario, ya afectados por otras enfermedades, se ha revelado ineficaz así como para los pa-

cientes internados afectados por enfermedades graves, como una pulmonía generalizada [9]. En general, a pesar de esto, algunos datos referidos a los EEUU hablaban de aproximadamente un 38% de supervivencia después de RCP y, de éstos, un tercio seguía vivo hasta la salida del hospital, quedando pues la supervivencia en lo sucesivo estrictamente conectada con la patología intercurrente [10]. En los hospitales, en consecuencia, las políticas alrededor de la reanimación han comenzado a ser manejadas con criterios de discrecionalidad más que con la generalización del tratamiento. A los médicos se les solicitó que se aseguraran de que fuera respetado, sobre todo, el principio ético de la autonomía del paciente o de algún sustituto con poder de decisión en conocimiento de la RCP. No obstante, aun esta relación con la autonomía no ha dejado de causar perplejidad entre los médicos por su difícil aplicación en situaciones de enfermedad crítica. Algunos médicos, en efecto, tienen dudas sobre no reanimar a los pacientes que se encuentran en unidades de terapia intensiva (UTI), ya que es justamente gracias a la reanimación, consintiéndola o no, que están ahora allí; además ellos sostienen que tratar con los pacientes la

[8] Luce J.M., "Ethical complications in the intensive care unit". In: Mattay M.A., Schwartz D.E. (eds.), *Complications in the intensive care unit*, Chapman Et Hall: New York 1997: 317-328.

[9] Bedell S.E., Delbanco T.L. et al., "Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital", *New England Journal of Medicine* 1983; 309: 569-576.

[10] Mc Grath R.B., "In-house cardiopulmonary resuscitation - after a quarter of a century", *Annals of Emergency Medicine* 1987; 16: 1365-1368.

cuestión de la posibilidad de no ser reanimados, para poder conocer su voluntad, puede inducirlos a una sensación de abandono, luego de que se han dado cuenta, ni más ni menos, de que es gracias a la reanimación precedente que ellos están ahora vivos. En definitiva, precisamente el hecho de trabajar en una UTI y de tener a disposición todos los medios para reanimar lleva a muchos médicos a considerar ilógico, si no inaceptable desde el punto de vista ético, dar disposiciones para no reanimar (por ejemplo, a través de una DNR, como veremos).

Así pues, las decisiones clínicas relativas a la RCP frecuentemente conciernen a pacientes en alto riesgo de muerte, y son particularmente complejas y difíciles por cuanto el equipo sanitario, con el instrumental y la tecnología actualmente disponibles, tiene la posibilidad de mantener con vida largo tiempo a una persona. Es necesario, por lo tanto, que se vuelva lo más claro posible el límite entre una lícita y debida intervención y un inaceptable encarnizamiento terapéutico, y desde que los primeros ensayos de RCP fueron ejecutados, en 1960, se ha marchado a la búsqueda de lineamientos guía [11].

Ante todo importa subrayar - a la luz de una rica literatura - el peligro, ínsito en la voluntad, de hacer referencia, en el proceso de decisión, a criterios diversos de los estrictamente médicos, a través de la elaboración de fórmulas que ocultan, de hecho, una verdadera eutanasia, o sea, la decisión de anticipar la muerte, ya sea activamente, ya sea omitiendo una intervención debida, con el fin de evitar - así se justifica - los sufrimientos del paciente. Y esto, sobre todo, en circunstancias como el paro de la función cardiocirculatoria, allí donde la decisión inicial es tomada por el operador sanitario que debe intervenir con urgencia, sin tener tiempo, como se ha dicho, de solicitar el consentimiento.

Algunas *review* sobre la eficacia de la RCP [12] han señalado cómo se podría evaluar el éxito de la reanimación disponiendo de instrumentos de evaluación multifactorial, como -por ejemplo- el "Índice de morbilidad pre-paro circulatorio" (*Pre-Arrest Morbidity Index o PAM Index*) [13]. Sobre la base de tal índice parecería que los mejores resultados se tienen en los pacientes con colapso circulatorio imprevisto e inesperado más

[11] "Optimum care for hopelessly ill patient. A report of the Clinical Care Committee of the Massachusetts General Hospital", *New England Journal of Medicine* 1976; 295: 362-364.

[12] Dautzenberg P.L J., Broekman T.C.J., Hooyer C. et al., "Review: Patient-related Predictors of Cardiopulmonary Resuscitation of Hospitalized Patients", *Age and Ageing* 1993; 22: 464-475.

[13] George A.L., Folk B.P., et al., "Pre-arrest morbidity and other correlates of survival after in-hospital cardiopulmonary arrest", *Am. J. Med.* 1989; 87: 28-34; O'Keefe S., Redahan C., Keane P., et al., "Age and other determinants of survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation", *Q. J. Med.* 1991; 81: 1005-1010.

que en aquellos ya en condiciones severamente debilitantes (por ej. insuficiencia irreversible de un órgano, neoplasia maligna).

Se hace notar que la utilización de factores "no médicos" en la decisión (como la voluntad, la edad y la calidad de vida del paciente [14] o el costo económico a sostener), puede encubrir el riesgo de desvirtuar el procedimiento y las conclusiones de la evaluación ética de la intervención médica, si dichos factores resultan separados de una evaluación general de proporcionalidad terapéutica.

Así pues, el procedimiento racional que verifica la indicación de la reanimación cardio-pulmonar es reconducido al ámbito de la llamada "proporcionalidad terapéutica". En ella deben ser evaluados equilibradamente los siguientes términos: 1. la edad; 2. las condiciones generales; 3. las patologías asociadas; 4. el tiempo transcurrido desde el paro [15]. Tal evaluación previa es necesaria a los fines del pronóstico post-reanimatorio, es decir, la duración de la supervivencia y la calidad de vida durante tal período. Con respecto a la edad, ésta parece ser inversamente proporcional a la eficacia de la RCP. Esto se debe sobre todo a que, en relación con las condiciones generales

del paciente, más aumenta la edad y mayores son las probabilidades de un estado global de salud más deteriorado o frágil, con la consiguiente reducción de la eficacia de la RCP. Patologías asociadas no implicadas en la etiología del paro contribuyen a empeorar el porcentaje de éxito de la maniobra reanimatoria. Finalmente, el tiempo que transcurre entre el paro cardíaco y la RCP es inversamente proporcional al éxito de la maniobra y a un buen pronóstico.

El elemento discriminante entre la decisión de reanimar y la de abstenerse reside en el discernimiento clínico en relación con las patologías subyacentes al paro cardiocirculatorio. A este respecto, se distingue entre patologías en las cuales el paro es una manifestación clínica de la enfermedad (por ejemplo arritmias, intoxicaciones del centro respiratorio bulbar por fármacos antidepresivos, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal aguda, embolia pulmonar etc.) y patologías en las cuales el paro representa la causa terminal de un proceso evolutivo crónico (por ejemplo, neoplasia). En el primer caso, el paro cardiocirculatorio es un evento fisiopatológico de la enfermedad de base - momentáneo y reversible - y, a partir de allí, la RCP se configura como un acto terapéutico de ur-

[14] Cfr. Saunders J., "Who's for CPR?", *J. of the Royal College of Physicians of London*, 1992; 26(3): 254-257; Luce J.M., "Ethical Principles in Critical Care", *Journal of the American Medical Association* 1990; 263(5): 696-700.

[15] Manna R., Migliore A., "Applicazione del principio di proporzionalità terapeutica alla rianimazione cardiocirculatoria d'urgenza", *Medicina e Morale* 1988, 3/4: 449-454.

gencia de la enfermedad del paciente y, por lo tanto, obligado.

En el caso de patologías en las cuales el paro se configura como el evento terminal de la enfermedad, el juicio se manifiesta más articulado y puede lícitamente tener en cuenta la edad del paciente, sus condiciones generales, el pronóstico post-reanimatorio y todos los otros criterios que el ejecutor, con su experiencia, sabrá evaluar decidiendo, en consecuencia, si reanimar o no.

En esta segunda situación clínica, la reanimación no se delinea como un gesto de remoción de la patología de base, ni como un acto terapéutico de la misma. Podría, por el contrario, inducir a una prolongación breve e incierta de la vida, a costa incluso de penosos sufrimientos. La RCP no parece, por esto, éticamente indicada. En el caso en que el paro cardíaco sea la manifestación clínica de la enfermedad de base, pero en presencia de factores que perjudicarían el éxito de la maniobra reanimatoria y el pronóstico, la RCP resultaría asimismo no éticamente indicada.

Parece evidente, por lo tanto, que para guiar legítimamente el proceso de decisión no puede haber decisiones predeter-

minadas o guiadas únicamente por la voluntad del paciente o de los familiares (que podrían estar "interesados" en hacer evolucionar en un sentido o en otro la situación en su conjunto), sino más bien la orientación de los médicos "verdaderamente competentes" - como dirá el documento sobre la eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe - los cuales, en el respeto de los principios éticos de la profesión y de una rigurosa evaluación de la proporcionalidad terapéutica, no podrán en ningún caso, aun siendo requeridos, realizar acciones capaces de abreviar la vida del enfermo.

Es significativo el acrónimo CARE que en la literatura se usa para sintetizar los puntos arriba mencionados en el momento de tomar decisiones para las situaciones desesperadas: se trata de hacer referencia a los costos económicos y humanos (*Costs*), a la aplicabilidad de los cuidados (*Applicability*), a la proporcionalidad de las intervenciones experimentales (*Research*), a los principios éticos (*Ethics*) [16].

Corresponde aquí una mención a dos aspectos colaterales que están conectados con la reanimación y que son abordados desde punto de vista técnico en otras partes de este Tratado. Uno concierne a la práctica de intubar a la persona ape-

[16] Moore F.D., "The desperate case: CARE (costs, applicability, research, ethics)", *Journal of the American Medical Association* 1989; 261: 1483-1484.

nas fallecida con una finalidad didáctica o de ejercitación de los que se están especializando. Se trata de una práctica que hace ya tiempo ha suscitado interrogantes en la Medicina de urgencia pero que ya no es objeto de una evaluación sistemática. De una investigación llevada a cabo hace varios años en EEUU resultaba que, en cerca del 20% de los hospitales, se practicaba esta modalidad didáctica sobre los cadáveres de adultos recién fallecidos, sin requerir consentimiento alguno de los familiares. Algunos autores han justificado esta práctica por los beneficios que tal adiestramiento puede acarrear a los pacientes que en lo sucesivo tuvieran necesidad de una intubación real y este hecho autorizaría incluso a hacer una excepción a la doctrina del consentimiento informado [17].

Una cuestión, fuente de dificultades éticas, es la práctica de seguir reanimando a una mujer embarazada con la única perspectiva de permitir al feto alcanzar una edad gestacional que le permita sobrevivir fuera del útero. Como es sabido, la muerte cerebral total, indicando irremediabilmente la desaparición de cualquier función cerebral -y por lo tanto- de la unitotalidad de la persona, resulta am-

pliamente considerada como criterio ético y jurídico necesario y suficiente para declarar muerto al individuo y para suspender cualquier intervención reanimatoria y de soporte vital [18]. Toda intervención intensiva efectuada después de la constatación de la muerte cerebral total se efectuaría de hecho sobre un cadáver, aunque se pudiera conceder todavía una perfusión de los órganos y la vitalidad de las células que de todas maneras permanecen privadas de cualquier coordinación unificante (remitimos a la numerosa literatura para el debate, en el que no entramos, sobre las diversas interpretaciones del concepto de muerte cerebral) [19].

Una vez que el diagnóstico es claro se considera, en general, éticamente inaceptable seguir manteniendo, sin motivación terapéutica alguna, una vida biológica terminada en sí misma, cosa que, entre otras, implica la utilización de muchos recursos que podrían, al contrario, ser utilizados para aquellos que no tuviesen efectivamente la indicación.

En el caso de la mujer embarazada con muerte cerebral, por el contrario, continuar la reanimación puede permitir al

[17] Orłowsky J.P. et al., "The ethics of using newly dead patients for teaching and practising intubation techniques", *New England Journal of Medicine* 1988; 319: 439-441.

[18] President's Commission, "Guidelines for determination of death", *Journal of the American Medical Association* 1981; 246: 2184-2186.

[19] Bernat J.L., "A defense of the whole brain concept of death", "Hastings Center Report" 1998; 28: 14-23; Byrne P.A., Rinkowski G., "Brain death is false", *Linacre Quarterly* 1999; 66: 42-48.

feto alcanzar la viabilidad. Entre diversos casos, reportamos por ejemplo el caso de una mujer de 27 años primeriza, en la semana 22 de gestación con un síndrome neurológico de hipertensión endocraneal [20]. Después de alrededor de cuatro horas de internación la paciente tuvo un paro respiratorio y fue reanimada. No obstante la pronta intervención y la asistencia en la unidad de terapia intensiva, se constató la muerte cerebral según criterios bien definidos. La baja edad gestacional del feto, que en este período había conservado siempre buenos parámetros de vitalidad, contraindicaban la ejecución del corte cesáreo. Se decidió así continuar manteniendo el soporte cardiorrespiratorio de la madre, ahora cadáver, hasta que se alcanzara la viabilidad del feto. Con la aparición de complicaciones (pneumonía, diabetes insípida, septicemia, etc.) que llevaron a recurrir a medidas apropiadas y el consiguiente sufrimiento fetal, se pudo llegar al día 63 y de allí a la semana 31 de gestación con la ejecución de la cesárea. Hubo necesidad de transferir al neonato a una unidad intensiva a causa de su retraso de crecimiento, pero después de tres semanas pudo ser dado de alta y un control a los 18 meses evidenció un desarrollo normal. Desde el punto de vista ético, aquí no subsiste, evidentemente, un conflicto entre los derechos de la madre y los del fe-

to, ni la consiguiente instrumentalización de una por el otro, por cuanto la autonomía materna había cesado en el momento de la muerte cerebral y, si bien la tradición ética y jurídica tiende a respetar la voluntad eventualmente expresada antes de la muerte (por ejemplo, en orden a la negativa de donar los órganos para un trasplante o a las disposiciones para el propio cadáver), esta misma tradición no parece contrastar con la necesidad de salvar a un feto en peligro. Parece, por lo tanto, que está fuera de discusión la licitud de una intervención de este tipo justamente porque tiene como finalidad salvar un feto, aun debiendo tener en cuenta riesgos a los cuales se expone el feto: el riesgo de continuar en el útero; por el contrario, el de un parto prematuro; y, finalmente, el de los daños iatrogénicos.

LA DECISIÓN DE "NO REANIMAR" (DNR) Y OTROS ÍNDICES DE DECISIÓN

Consideramos ahora más específicamente el problema que ya habíamos señalado de planificar de modo inequívoco, la decisión de no someter a reanimación a un paciente en el caso de un paro cardiorrespiratorio. Se trata de un código de procedimientos que en su significado originario pretendía ser una respuesta a los interrogantes de los médi-

[20] Field D.R., Gates E.A., et al., "Maternal brain death during pregnancy. Medical and ethical issues", *Journal of the American Medical Association* 1988; 260: 816-822.

cos y de los otros operadores sanitarios en el dilema de qué comportamiento tener en los casos en que las condiciones de los pacientes - con una grave patología de base - se vuelven imprevistamente críticas después de su internación en el hospital: la sigla, por lo general escrita en la historia clínica o cerca del lecho del paciente, provee claras indicaciones al personal que está de turno en el momento del eventual episodio crítico. En particular, las acciones originariamente previstas de las cuales se debían abstener eran la compresión torácica por medio del "masaje" cardíaco y la desfibrilación eléctrica.

La DNR recibió un primer consentimiento explícito en 1974 por parte de la Asociación Médica Canadiense. En 1976 la Corte de Apelación de Massachusetts (EEUU) ratificó la legalidad de un caso de DNR y, desde 1978, el Estado de New York ha regulado legalmente su práctica [21]. Sucesivamente la práctica se ha difundido en el mundo anglo-americano y en el norte de Europa.

Con el tiempo, la DNR ha incluido la abstención de muchas otras intervenciones más allá de las indicadas originariamente y es por esto que muy pronto tal con-

ducta ha provocado una gran perplejidad desde el punto de vista ético, sobre todo, por los criterios utilizados para llegar a establecer tal código para los pacientes. En toda la literatura, en efecto, no parecen haberse definido más criterios precisos y compartidos por todos a los que atenerse en la formulación de una DNR. En un estudio llevado a cabo sobre 604 pacientes ingresados al hospital en el período de un mes, algunos autores [22] se propusieron evaluar si la decisión de no reanimar estuvo basada en la percepción que tenían los médicos acerca de la posibilidad de vida futura del paciente y el pronóstico o solamente en una estimación de la probabilidad de supervivencia que el paciente habría tenido después de la reanimación. Su objetivo principal fue identificar los determinantes de preferencia con respecto al nivel de intervención y evaluar si el recorrido clínico diferiría en sentido positivo en los pacientes que habían tenido el máximo de intervenciones invasivas respecto de los sometidos solamente a medidas paliativas. Sus resultados indicaban que los factores primarios que habían motivado significativamente un tipo de intervención más que otro habían sido la edad de los pacientes, la estimación del médico sobre el pronóstico a largo plazo y la capacidad

[21] Mc Clung J., Kamer R.S., "Legislating ethics. Implications of New York's do-not-resuscitate law", *New England Journal of Medicine* 1990; 323: 270-2.

[22] Charlson M.E., et al., "Resuscitation how do we decide?" *Journal of the American Medical Association* 1986; 255: 1316-1322.

funcional del paciente después de la intervención. Por el contrario, ninguna influencia en el tipo de intervención fue atribuida al grado de severidad de la enfermedad, a los motivos que habían llevado a la internación, a las enfermedades concomitantes, a la escasa funcionalidad. Incluso, los resultados han mostrado que no había ninguna diferencia significativa, aparte de la internación en una unidad de terapia intensiva, en la terapia general, en el curso clínico, en la mortalidad de los pacientes en los cuales desde el comienzo se había favorecido una intervención no invasiva. La cuestión de los criterios unívocos, por lo tanto, permanece abierta.

Igualmente, poco se conoce todavía de los pacientes a los que se designó para no ser reanimados: ¿cuáles son las características demográficas y clínicas de estos pacientes internados en UTI y designados para no ser reanimados? ¿Hay reducciones significativas de las prestaciones sanitarias y ordinarias para los pacientes catalogados como "no reanimar"? ¿Hasta qué punto son discutidas y justificadas - con el paciente mismo o con sus familiares - las decisiones de no reanimar en la documentación clínica?

En un estudio realizado sobre un censo de pacientes internados en la UTI de un

hospital americano [23], 61 de 506 pacientes (el 14%) internados en el curso de un año habían sido designados para no ser reanimados; ninguno de estos pacientes había sido de hecho reanimado. Sólo 9 de ellos sobrevivieron a la hospitalización.

La severidad de la enfermedad, la edad y las condiciones de salud precedentes eran consideradas como criterios de asignación a la categoría de "no reanimación". La raza y los factores socioeconómicos no tenían influencia. En lo que respecta a los fondos a disposición (en términos de intervenciones médicas recibidas) tales pacientes no los habían tenido mayormente, tanto antes como después de ser designados para la "no reanimación".

Las terapias iniciadas antes de esta designación continuaron en, por lo menos, el 76% de los pacientes. Los criterios de decisión documentados comprendían: 1) un pronóstico fatal (en el 59%); 2) una deteriorada calidad de vida en lo sucesivo (en el 24%) y 3) el deseo del paciente (en el 15%). No se encontraron justificaciones escritas de tal decisión en 30 casos (el 42%).

A pesar de que la tendencia a documentar por escrito tal indicación de no reanimar y la continuación del tratamiento activo

[23] Youngner S.T., et al., " 'Do not Resuscitate' Orders. Incidence and implications in a Medical Intensive Care Unit", *Journal of the American Medical Association* 1985; 253: 54-57.

para tales pacientes sean ambas tranquilizadoras en sentido general, se suscitan diversos problemas acerca de la consistencia de los esquemas de tratamiento terapéutico y de los objetivos terapéuticos perseguibles para cada paciente.

Desde el punto de vista estrictamente ético, surge claramente que en la base de las justificaciones de la DNR había una vez más, un concepto discutible de la "calidad de vida". Elocuente es la afirmación de Baskett a este respecto: "La reanimación debería ser intentada sólo en aquellos pacientes que tienen una alta probabilidad de continuación que sea compatible con una confortable y satisfactoria existencia" [24]. Además, se han aducido ulteriores motivos en favor de ello, como el respeto de la autonomía del paciente que reclamara personalmente la DNR o la mejor asignación de recursos sanitarios limitados, motivos éstos que tienen detrás una bien precisa visión ideológica.

Todavía, para tratar de obtener un consenso social para la DNR, los sustentadores de la no reanimación han llevado adelante también estudios basados en cuestionarios en los cuales sustancialmente se preguntaba al entrevistado si él

hubiera deseado ser reanimado en condiciones de edad y de estado psíquico diferentes [25]. Las respuestas variaban, aunque se registró una prevalencia de opiniones favorables a las maniobras reanimatorias y de tratamientos de soporte vital sobre aquellas sólo en previsión de un resultado eficaz.

Como se ve, se dio mucho énfasis, a través del uso de los cuestionarios, a la voluntad del enfermo o de los familiares y, sobre la base de esto, nos detendríamos a hablar de las directivas anticipadas y de los testamentos de vida. Aquí anticipamos que la DNR misma va más allá del significado de los documentos citados: en efecto, en cuanto discutible y éticamente ambiguo, este último es comúnmente una expresión de la voluntad del paciente dada en un momento en el cual él está en plena posesión de sus facultades, mientras la DNR puede también no ser concertada con el paciente (que a menudo no está en situación de dar un consentimiento), sino con el representante legal o con los familiares o bien es directamente decidida por el equipo sanitario que no está de acuerdo en utilizar las técnicas de reanimación sobre los pacientes cuando éstas se consideren inútiles y onerosas.

[24] Baskett P.J., "The ethics of resuscitation", *British Medical Journal* 1986; 293: 189-190.

[25] Robertson G. S., "Resuscitation and senility: a study of patient's opinions", *Journal of Medical Ethics* 1993; 19: 104-107; Heap M.J., Munglani R., Klinck J.R. et al., "Elderly patients' preferences concerning life-support treatment", *Anaesthesia* 1993; 48: 1027-1033.

Para evitar decisiones arbitrarias de los operadores sanitarios sobre la DNR se llegó, así, a propuestas de reglamentación de tal procedimiento [26] las cuales, todavía no han eliminado completamente (sino, más bien, en algunos casos han aumentado ulteriormente) las dudas éticas. Indicamos a continuación los puntos sobre los que se ha obtenido un cierto consenso: la RCP debe ser, en general, practicada en los casos de paro cardíaco excepto cuando es previsiblemente ineficaz o está en contra de la voluntad o el mejor interés del paciente; el paciente es involucrado en el proceso de decisión de la DNR cuando está aún en posesión de sus facultades mentales y se pueden realizar coloquios periódicos de confirmación de la voluntad del paciente en cuestión; en el caso de la incapacidad del paciente de entender y querer, se debe regular sobre la base de los deseos expresados previamente por el enfermo mismo y, como sea, en el mejor interés del mismo; el médico está obligado a honrar la elección del paciente (o de la familia o del tutor) en el tema de la RCP. Todavía si el médico considerase la RCP inútil - aun frente a un parecer diverso expresado por el enfermo - se puede considerar establecer una DNR de autoridad; la RCP es inútil - y por lo tanto se debe establecer una

DNR - si no restaura una conveniente funcionalidad cardiorrespiratoria y no representa los objetivos expresados por el paciente; la DNR debería estar registrada sobre la historia clínica; la DNR que impide la RCP no debe impedir otros tratamientos apropiados para el paciente; los lineamientos-guía para la DNR son periódicamente revisados.

Frente a las dudas éticas que siempre quedan, algunos autores [27] han procurado encuadrar la DNR en una perspectiva más equitativa, recuperando la importancia de un *training* ético para los operadores sanitarios, en vista de una reevaluación de los medios terapéuticos ordinarios, de los cuidados normales, incluso en pacientes asignados a la DNR. Efectivamente, a menudo el código DNR se usa para indicar una actitud terapéutica mucho más conservadora que la que el término "no reanimar" haría pensar. En un estudio sobre la valoración de las políticas de la DNR adoptadas en una UTI canadiense, los autores observan que en el 50% de los casos nunca han sido suspendidas todas las otras terapias, aun cuando los autores admiten que la entidad de la limitación de los tratamientos ejecutados por varios médicos y enfermeros de la unidad, en el ámbito de la DNR, es im-

[26] American Medical Association, "Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders", *Journal of the American Medical Association* 1991; 265(14): 1868-1871; British Medical Association and Royal College of Nursing, "Cardiopulmonary resuscitation", *Bulletin of Medical Ethics* 1993; March: 3-5.

[27] Sulmasy D.P., Geller G., Faden R. et al., "The Quality of Mercy. Caring for patients with 'do not resuscitate' orders", *Journal of the American Medical Association* 1992; 267(5): 682-686.

previsible.

En efecto, frecuentemente los operadores sanitarios confunden la reanimación cardiopulmonar con los otros niveles de tratamiento médico activo o las otras medidas de alivio temporario del paciente que son de todas maneras obligadas. Es oportuno, por esto, definir bien los criterios a seguir en este "abstencionismo". Ante todo, es necesario que se especifique la exacta naturaleza del tratamiento que debe ser suspendido o denegado; debe haber, además, una documentada justificación para esta decisión; finalmente, es necesario reconocer que esta "indicación" de no reanimar no quiere decir que el paciente deba ser médica o psicológicamente abandonado. Los deseos del paciente, la calidad de vida, las probabilidades de éxito, los costos económicos y humanos, son todos criterios potenciales, si son conocidos oportunamente, para limitar el tratamiento reanimatorio.

En algunos departamentos, por tanto, se ha instituido una codificación más articulada para indicar las diversas decisiones de limitar la terapia, diferenciando el código DNR, usado en sentido conservador, de otros códigos relativos a intervenciones terapéuticas generales o específicas. Al referir la experiencia del De-

partamento de Medicina de Urgencia de la Universidad Católica de Lovaina, Deloos [28] subraya que las decisiones de limitar las intervenciones terapéuticas se toman sólo después de amplias consultas a nivel de todo el *staff*, luego de haber informado a los familiares estrechos del paciente y después de haber oído a todos los médicos que han tenido a su cuidado al paciente, incluso a su médico de base. La decisión es explicada y claramente comunicada a todos aquellos que están implicados en el cuidado del paciente y registrada de modo inequívoco en la historia clínica, con el fin de que tome nota todo el personal que se alterna en el servicio.

Por ejemplo, *Ningún código* indica que el paciente deberá recibir cualquier intervención de la cual tenga necesidad; el *Código I* indica "no reanimar", en el sentido de no hacer el masaje cardíaco y la desfibrilación eléctrica en caso de paro circulatorio; el *Código II* indica que no se deberá iniciar ningún nuevo esquema terapéutico -entendido ya sea en sentido general o bien referido a específicos tratamientos particulares- que no vaya junto con el esquema terapéutico general; el *Código III* indica que la terapia intensiva será suspendida o que algunos actos terapéuticos específicos ya no serán incluidos en el esquema terapéutico del pa-

[28] Deloos H.H., "Ethical issues in critical care: criteria for treatment". En: Wildes K.Wm. (ed.), *Critical choices and critical care*, Kluwer Academic Publishers: Dordrecht 1995: 79-101.

ciente. De cada código se da una clara motivación en la historia, así como se informa el nombre del médico que, después de la consulta, ha tomado la decisión. Este modo de codificar la decisión de suspender algunos tratamientos es explicada como la intención de transferir de modo inequívoco las informaciones entre los miembros del *staff* médico, enfermeras, el paciente y la familia (el consultor éticista, en estos casos, no debería estar involucrado concretamente en la decisión sino que su papel sería el de estudiar las circunstancias y los problemas que están implicados y proporcionar al médico los criterios y los procedimientos a seguir al tomar las decisiones).

La motivación de fondo dada por Delooz para justificar este protocolo adoptado en su Departamento es que toda intervención de soporte vital debería tener como finalidad "hacer recuperar o mantener el bienestar del paciente, en tanto que no debería tener como objetivo una prolongación no calificada de la vida biológica del paciente".

LA DECISIÓN ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN ARTIFICIAL

En el debate sobre qué medidas adoptar en los pacientes en fase avanzada aguda o terminal de enfermedad, ocupa un espacio controvertido el problema de la nutrición e hidratación artificial, en particular, la parenteral total. Tal debate en-

cuentra una razón de ser en la posibilidad lograda, por parte de la tecnología biomédica, de alimentar e hidratar convenientemente—incluso, por mucho tiempo—a personas totalmente incapaces de alimentarse de forma autónoma del modo que fuera, para los cuales tal intervención representa la única posibilidad de seguir viviendo.

Los puntos fundamentales del debate ético conciernen, sobre todo, a cómo debe considerarse tal intervención de nutrición e hidratación artificial (NIA): ¿cómo una terapia, un cuidado, un tratamiento, un medio terapéutico ordinario o extraordinario? Y, además, ¿cuáles son las indicaciones para emprender o suspender un procedimiento similar? Y, finalmente, ¿la NIA va siempre encuadrada en una de las "categorías" citadas más arriba o puede variar en relación con las diversas situaciones o fases de la enfermedad?

En primer lugar, se define qué se entiende por terapia y qué por cuidado o tratamiento desde el punto de vista ético. Utilizando un documento del grupo de estudio de la Pontificia Academia de las Ciencias sobre la prolongación artificial de la vida, diremos que con el término terapia se entienden "todas aquellas intervenciones médicas accesibles y apropiadas en un caso específico, cualquiera sea la complejidad de las técnicas usadas". Con el término "cuidado", por el

contrario, "la ayuda ordinaria que se debe al enfermo, como compasión y sostén espiritual y afectivo para todo ser humano en peligro" [29].

La NIA, de por sí, no puede ser considerada una terapia, porque no responde a la definición de intervención farmacológica o quirúrgica dirigida a la erradicación o al control de una patología. Su significado se identifica más con el de cuidado o tratamiento definido antes. En la literatura en inglés se usa a menudo el término *treatment* cuando se refieren a la NIA y en el ámbito de la Teología moral se menciona entre los llamados "cuidados normales", es decir, el conjunto de aquellas disposiciones (como también la limpieza de las escaras, la aspiración de los fluidos bronquiales, los masajes de las masas musculares, etc.) que alivian los sufrimientos del individuo.

Acerca de las indicaciones sobre cuándo emprender o suspender la NIA desde el punto de vista de la moral católica, hay indicaciones a diverso nivel en el Magisterio. La citada *Declaración sobre la eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe, sin referirse explícitamente a la NIA, afirma en general que "en la inminencia de una muerte inevitable a

pesar de los medios usados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que procurarían solamente una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares" (parte IV). Si la NIA se considera un cuidado normal, resulta de ello que nunca debería ser interrumpida para ningún paciente, con tal que sea posible y accesible.

El Pontífice Juan Pablo II ha retomado sucesivamente el argumento y, sin considerar de modo específico a la NIA, ha afirmado que la renuncia a intervenciones terapéuticas experimentales e ineficaces "no exime del empeño terapéutico válido para mantener la vida ni de la asistencia con medios normales de soporte vital. La ciencia, aun cuando no puede curar, puede y debe cuidar y asistir al enfermo" [30].

De modo explícito, por el contrario, la cuestión de la NIA ha sido abordada por dos documentos del Episcopado estadounidense. Un Documento de los Obispos de Pennsylvania dice así: "si la alimentación y la hidratación constituyen un beneficio para el paciente y no causan una carga desproporcionada de dolor

[29] Chagas C. (ed.), *The artificial prolongation of life and the determination of the exact moment of death*, Pontificia Academia delle Scienze: Città del Vaticano, 1986.

[30] Giovanni Paolo II, "Discorso ai partecipanti ad un corso di studio sulle pre-leucemie umane" (15.11.1985) in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VIII, 2, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1985: 1265.

o sufrimiento o un despilfarro de recursos, es nuestro deber dar y proveer este tipo de alimentación y nutrición" [31].

Más detallado está otro documento del Comité "Pro-Life" de la Conferencia Episcopal de Estados Unidos [32], en el cual se subrayan, ante todo, los aspectos positivos de la nutrición e hidratación asistida, la cual, aplicada a los pacientes que pueden asimilarla, "expresa en general una solicitud amorosa y una solidaridad por los necesitados". En segundo lugar - prosigue el Comité "Pro-Life" - para los pacientes que son atendidos con la esperanza aun remota de una curación, la NIA apropiada constituye un elemento importante de verdadera asistencia médica. En tercer lugar - concluye - incluso para los sujetos cercanos a la muerte o incurables, la alimentación y la hidratación son capaces de prevenir el sufrimiento que podría derivar de la deshidratación, del hambre y de la sed.

El mismo documento del Comité "Pro-Life" observa, incluso, que este tipo de alimentación e hidratación artificial implican una intervención y pueden volverse en ciertas situaciones un peso para el paciente, especialmente en la fase de la agonía o en condiciones en las cuales el

agonizante ya no está en situación de recibirla o de obtener un beneficio de ella. En estas circunstancias, deberemos proporcionar al agonizante la mayor comodidad y ofrecerle de modo igualmente eficiente la asistencia de enfermeras y la higiene adecuada, así como compañía y ayuda espiritual. Una persona en este estado puede perder todo deseo de comer y de beber y ser hasta incapaz de ingerir alimento: iniciar la alimentación médica asistida o parenteral puede aumentar la incomodidad del paciente, sin ofrecer ningún beneficio efectivo. Naturalmente - concluye el Comité - incluso en el caso de un paciente próximo a morir, cualquier acción u omisión que de por sí o voluntariamente provoque la muerte debe ser rechazada del modo más categórico. Por esto, la situación se examina caso por caso para advertir si este tipo de alimentación en ciertas circunstancias se siente como "intrusiva, dolorosa y repugnante". En estos casos, no se debería imponer al paciente tal carga.

También el problema del excesivo costo económico para la familia, que podría hacer entrar estos cuidados entre las intervenciones extraordinarias, está redimensionado en los documentos examinados: la sola alimentación parenteral

[31] The Catholic Bishops of Pennsylvania, *Statement on Nutrition and hydration: moral considerations*, Pennsylvania Catholic Conference: Harrisburg (PA) 1991 (traducido al italiano y publicado en *Medicina e Morale* 1992; 4: 739-763).

[32] U.S. Bishops' Pro-Life Committee, *Nutrition and hydration: moral and pastoral reflections*, *Origins* 1992; 21(44): 705-712 (traducido al italiano y publicado en *Medicina e Morale* 1992; 4: 763-783).

- advierte el Comité "Pro-Life" - no es en general demasiado onerosa y no requiere un gasto mayor que la nutrición oral. Por otra parte- agrega - sería grave indicio de falta de apoyo social para un Estado si no proveyese en estos casos, especialmente cuando la situación se prolonga mucho tiempo - como puede ocurrir a los pacientes en estado vegetativo persistente (SVP) - particulares ayudas de sostén. Justamente se observa que tal vez la repugnancia o el rechazo del paciente puede ser motivado no por el hecho de la alimentación o hidratación artificiales sino por un estado patológico de rechazo de la vida cuyo origen y terapia se buscan en el sentido de la vida y en la dificultad para aceptar las condiciones de dolor y de sufrimiento en su globalidad. Ambos documentos concuerdan por esto en sostener que, salvo las situaciones particulares señaladas, en las que este tipo de cuidados pueden volverse ineficaces o fuente de perjuicios, sobre todo en proximidad del final, por principio la alimentación y la hidratación artificiales se han de mantener lícita y debidamente, incluso en el caso del paciente en SVP.

Otra cuestión que se considera en la literatura a propósito de la NIA es la de los beneficios y los perjuicios que, de por sí, implican la alimentación e hidratación

asistidas. El interrogante moral es si la alimentación y la hidratación parenteral o la gastrostomía son, por el empleo que hacen de la tecnología, diferentes del sostén mediante un ventilador. Cada vez más autores sostienen que la cuestión de los medios "ordinarios" o "extraordinarios" no es una cuestión médica o técnica sino de carácter moral [33]. Lo que es ordinario desde el punto de vista técnico puede ser "extraordinario" desde el punto de vista moral, por ser irracional o desproporcionado. Y viceversa, lo que es extraordinario desde el punto de vista tecnológico puede ser lo debido. Por lo tanto, también con el empleo de tecnologías más avanzadas para la NIA, éstas pueden seguir siendo debidas, por el significado que tienen para los enfermos que estén privados de cualquier esperanza de recuperar alguna perspectiva de vida.

Por otra parte, acerca de los daños físicos y psicológicos que la NIA parecería determinar - y que lleva a algunos a considerarla como un medio "extraordinario" - algunos estudios mostrarían que, a menudo, el sentido de fastidio o la repugnancia de ser mantenidos por "tubos y por máquinas" es sentido más por la opinión pública que por los pacientes. Por ejemplo, en otro de estos estudios [34], el 70% de los pacientes y de las familias

[33] Kelly D.F., *Critical care ethics. Treatment decisions in American Hospitals*, Sheed Et Ward: Kansas City, 1991.

[34] Danis M. et al., *Patients and families preferences for medical intensive care*, Journal of the American Medical Association 1988; 260(6): 797-802.

eran en un 100% favorables a someterse nuevamente a cuidados intensivos aun para obtener un sólo mes de supervivencia; además, la edad, la gravedad de la enfermedad crítica, la larga postración y su costo en una terapia intensiva no ejercían influencia en la voluntad de someterse a cuidados intensivos, incluso la NIA. En otro estudio [35], sobre 33 sujetos que tenían un pariente cercano en estado vegetativo persistente, 29 estaban de acuerdo con la decisión inicial de emprender la alimentación parenteral y 25 aprobaban con firmeza la continuación de este tratamiento, si bien ninguno de los entrevistados había tomado él mismo la decisión de iniciarlo. Solamente en ciertas situaciones puede ser una molestia excesiva, frecuentemente en la fase próxima a la muerte. Por lo tanto, las conclusiones de tales estudios son sorprendentemente favorables a la nutrición y a la hidratación asistida por parte de los pacientes y de sus familiares que viven la experiencia de tales procedimientos.

Algunos, en el terreno de la discusión ética, objetan que en ciertos enfermos graves, no practicar una determinada intervención no significa hacer una eutanasia sino simplemente dejar morir, por cuan-

to la muerte tendría una causa diferente de la omisión de la intervención; sería en otras palabras la enfermedad misma la que quitaría la vida y no el médico que no interviene. Es necesario responder, ante todo, que no intervenir y dejar morir sin intervención, cuando ésta es aún eficaz para mantener con vida y no implica daños particulares en términos de dolor o de medios extraordinarios, sería una forma de eutanasia por omisión. En el caso del paciente en SVP, por ejemplo, para quien la alimentación y la hidratación asistidas son el único recurso que lo mantiene con vida, su omisión sería la única causa inmediata de la muerte. Ya habíamos dicho que el argumento del presunto sufrimiento agregado determinado por tal intervención no puede ser considerado *a priori*, sino que es evaluado caso por caso; por otra parte, las mismas sentencias de las Cortes americanas -cuando han consentido la interrupción de la alimentación-hidratación en algunos casos famosos, como por ejemplo, el caso Cruzan [36] - lo han hecho no porque hayan considerado que estos sujetos ya no eran dignos de recibir tales tratamientos por desproporcionados o porque no fueran considerados personas, sino por una verdadera o presunta voluntad expresada por los mismos sujetos previa-

[35] Tresch D.D. et al., *Patients in a persistent vegetative state: attitudes and reactions of family members*, Journal of the American Geriatrics Society 1991; 39: 17-21.

[36] *Cruzan vs Director, Missouri Department of Health*, US Supreme Court No. 88-1503. The United States Law Week 1990; 58 LW: 4916-4941.

mente acerca del rechazo de intervenciones como la NIA. Veremos más adelante cómo esta voluntad expresada previamente se debe considerar válida solamente si se refiere a intervenciones de carácter riesgoso y extraordinario y no frente a cuidados ordinarios. Éstos deben ser siempre ofrecidos por los médicos, como recuerdan los documentos en examen, y cada vez que sean rechazados por el paciente, existe para el médico la obligación de declarar la ilicitud de tal oposición y de deslindar la propia responsabilidad.

LAS DISPOSICIONES ANTICIPADAS DE LOS PACIENTES Y EL PAPEL DE LOS FAMILIARES-TUTORES

En el tema de las decisiones por parte del paciente crítico, hace tiempo se propone una reflexión sobre el significado de la voluntad personal de los pacientes en cuestión, transmitida anticipadamente, a los médicos o a los familiares, a través de la redacción de un documento escrito (testamento en vida) que incluye eventualmente también el nombre de un tutor (o sustituto con poder de decisión). El argumento se ha vuelto particularmente actual después de que en 1991 entró en vigor en los Estados Unidos una disposi-

ción de ley (*Patient Self-determination Act*) [37] que obliga a todos los pacientes a expresar sus indicaciones acerca de la fase final de la vida y/o a nombrar un tutor que tome decisiones en su lugar cuando ellos ya no estén en condiciones de hacerlo. Tal legislación siguió a las dificultades que se encontraron al reconstruir la voluntad de Nancy Cruzan en el tema de la alimentación artificial, en el caso judicial del cual ya habíamos hablado. Aún antes, en 1976, se había producido, como se sabe, la introducción en el estado de California de la ley (*Natural Death Act*) con la cual se daba a los ciudadanos la facultad de redactar las *living wills* donde expresaban su propia voluntad sobre los tratamientos del final de la vida [38].

En general, se trata de una respuesta a los temores de la opinión pública ligados a la utilización de las tecnologías biomédicas más innovadoras e invasivas en detrimento de la autonomía y dignidad de la persona y a la difusión de la idea - conectada con la afirmación del principio de autonomía en detrimento del de beneficencia - de que es más importante la cuestión de "quién decide" que aquella, mucho más, compleja de llegar a la mejor decisión para el paciente.

[37] A Hastings Center Report Special Supplement, "Practicing the PSDA", *Hastings Center Report* 1991; 21(5): S2-S16.

[38] Spagnolo A.G., "Testamenti di vita e decisoni surrogati". In J. Noriega, M.L. Di Pietro (a cargo de), *Né eutanasia né accanimento terapeutico. La cura del malato in stato vegetativo permanente*, Lateran University Press, Roma 2003, pp. 75-103.

Por lo tanto, junto a la comprensible y legítima exigencia de reafirmar el derecho del paciente a escoger entre las diversas posibilidades de cuidado disponibles, frente al riesgo de volverse objeto de un inútil y depreciativo encarnizamiento terapéutico, se abre camino la tendencia a ir más allá de esta legítima expectativa, hasta sostener el derecho al rechazo de toda intervención médica, con cualquier significado que tenga o, desde luego, a pedir la colaboración de los operadores sanitarios para asistir al paciente en la decisión de poner directamente fin a la propia vida.

Efectivamente, cuando el paciente tiene temor de que la relación con los operadores sanitarios no tenga o ya no tenga aquel elemento de confianza que debía distinguirla, debería poder explicitar, incluso en un documento escrito, cuál es el valor que ellos atribuyen al esfuerzo médico de intervenir en su patología. El problema ético crucial que supone un documento que recoja la voluntad del paciente no es, pues, *si* él puede o no intervenir en el proceso de decisión que concierne a su propia enfermedad, sino más bien *qué cosa* puede lícitamente ser objeto de la expresión de su voluntad y cuáles son las modalidades óptimas para expresarla. La importancia ética de estos documentos, en efecto, presenta diferencias sustanciales en el plano de las perspectivas en que se ponen, perspectivas que pueden constituir, así pues, diversos criterios de legiti-

midad, no sólo en el plano ético sino también en el jurídico y deontológico.

Un elemento común de todos los documentos de este tipo es, por lo tanto, una serie de disposiciones firmadas por el paciente - antes de encontrarse en una determinada situación clínica - sobre eventuales cuidados futuros y terapias médicas que quisieran o no recibir.

Los destinatarios de estos documentos son siempre los familiares y los médicos tratantes, a los cuales pueden agregarse el abogado, el escribano, el sacerdote y, en general, todos aquellos que estarán involucrados en la asistencia. La firma se realiza ante un escribano o en la presencia de testigos y para muchos se prevé la posibilidad de una revisión periódica del documento para que haya una real correspondencia con la voluntad del sujeto a lo largo del tiempo.

Las declaraciones, a menudo, hacen referencia al tipo de terapias y medios que se pretende rechazar y, casi siempre, se clasifican como medios extraordinarios o desproporcionados. Otras veces, incluso, se citan intervenciones específicas como la reanimación cardio-pulmonar, la respiración mecánica, la alimentación y la hidratación artificiales, hasta la terapia antibiótica, las transfusiones de sangre, la hemodiálisis. Es evidente que este tipo de intervenciones arriba enumeradas no puede ser considerado en sí mismo ex-

traordinario o desproporcionado a menos que se lo evalúe en el interior de cada situación específica, de allí que sea difícil poderlo definir antes de que se verifique la situación. Por ello, muchos documentos prevén el nombramiento de un *tutor* quien, por un lado, debería vigilar para que sea respetada la voluntad del paciente y, por el otro, tendría la tarea de tomar él mismo las decisiones en lugar del paciente cuando, ocurrida la situación crítica, el paciente ya no tenga la capacidad de expresar personalmente una opinión (por ejemplo, encontrándose en una situación de coma). En muchos casos, el documento mismo prevé incluso los límites del poder de decisión del sustituto. En síntesis, aparece la demanda de una adecuada *terapia del dolor*.

Resumiendo, podemos pues decir que entre las formulaciones de los diversos documentos recordados se encuentran diferencias de procedimientos y diferencias sustanciales. En el plano de los procedimientos, algunos documentos prevén que con la firma el paciente autorice directamente al médico a interrumpir los cuidados de soporte vital, mientras que otros exigen que el médico evalúe solamente la irreversibilidad de la situación clínica, después de lo cual la decisión de suspender o no las intervenciones en acción compete a la persona de confianza indicada en el testamento.

Otra duda frente a estos testamentos es

la dificultad de definir unánimemente el concepto de "terapias de soporte vital", justamente las terapias que a menudo son objeto explícito del rechazo contenido en las declaraciones de voluntad de los pacientes. La ley de California, por ejemplo, entiende por estas terapias "todo medio o intervención médica que utilice aparatos mecánicos o artificiales, para sostener, reactivar o sustituir una función vital natural que, aplicados al paciente con pronóstico fatal, servirían solamente para posponer el momento de la muerte, que se cree inevitable". Es claro que así definidos podrían referirse también a intervenciones como la ayuda para la respiración, la nutrición artificial, la hidratación, intervenciones que están dirigidas a asistir a la persona en su proceso de morir y que se deben a todos los enfermos, sea cual fuere su pronóstico, en cuanto se trata de satisfacer algunas necesidades básicas de la persona. El médico que se negase a tales intervenciones, aun considerando sólo que éste es el deseo del paciente, podría volver objetivamente menos digno el morir de ese mismo paciente.

Las dudas sobre las directivas anticipadas de los pacientes resultan luego expresadas por los mismos médicos que se encuentran que deben tenerlas en cuenta, por ley, en sus decisiones clínicas. Se subraya, en efecto, la dificultad de seguir y observar de manera servil y puntual tales directivas expresadas previamente por el

paciente, ya sea porque: el concepto de medida extraordinaria y ordinaria de tratamiento puede no ser de unívoca interpretación -como cuando el paciente viene orientado por otros médicos en la redacción de tales declaraciones;- porque, según diremos, los deseos del paciente mismo pueden cambiar en relación con la enfermedad; porque puede deteriorarse la relación entre el paciente y el tutor; o, finalmente, porque se pueden volver disponibles nuevos tratamientos desconocidos en el momento en que fue redactado el documento.

El médico, sin embargo, no puede seguir simplemente las preferencias expresadas por los pacientes y por la familia, por cuanto también él tiene una responsabilidad profesional. Sería oportuno, entonces, enumerar y discutir los diversos casos clínicos en los que el médico debería alejarse de la lectura obsecuente de la voluntad del paciente. Para algunos [39], por ejemplo, sería lícito alejarse de las directivas dadas por el paciente en el caso en que un tratamiento específico como la nutrición artificial, rechazado por el paciente, se llevara a cabo sólo en el postoperatorio con la finalidad de superar el stress quirúrgico; o bien cuando la aplicación de las medidas de reanimación sirven sólo para resolver un estado agudo inducido artificialmente y que no de-

riva del deterioro natural de las condiciones fisiológicas (por ejemplo un edema pulmonar inducido en el post-operatorio por un excesivo suministro de líquidos) siempre que no sirva para prolongar el estado de sufrimiento del paciente. Ciertamente, el principio de autonomía de la persona es, con los límites que hemos indicado antes, un principio fundamental para la ética médica: obtener el consentimiento de los pacientes o de sus sustitutos antes de iniciar un tratamiento o antes de su interrupción es un deber de los médicos; esto, sin embargo, no puede significar que estos últimos deban obedecer a los deseos de los pacientes sin más, tal como son expresados.

El que es llamado a cuidar de la vida y de la salud de la persona es llamado a servir a la vida misma. El médico debe respetar la autonomía del paciente en el momento decisivo de emprender o no un cierto tratamiento y al referirle la verdad sobre su estado, pero no podrá seguir las indicaciones del paciente cuando éstas contradigan el deber de promover la salud misma. No es necesario tener a disposición una lista de situaciones "tipo" en las cuales se puede o no transgredir la voluntad del paciente, ya que la aplicación de los más elevados principios morales -que, en el caso específico, son los del deber de promover la salud y aliviar los

[39] Peterson L.M., "Advance directives, proxies, and the practice of surgery", *The American Journal of Surgery* 1991; 163: 277-281.

sufrimientos- no pueden sino conducir a la mejor asistencia médica. Por otra parte, la condición misma de la enfermedad hace que no sea plenamente "informada" la expresión de la voluntad del paciente frente a situaciones que todavía no ha visto.

Es evidente la inconciliabilidad con el respeto de la persona humana si nos basáramos en una voluntad que, además de estar objetivamente contra la vida, podría ya no ser actual para el paciente o podría contrastar con la conciencia profesional del médico que creyese poder hacer superar al paciente el evento crítico. Entonces es necesario prestar atención a que no se haga del principio de autonomía sólo un principio de abstención por parte del médico [40].

Desde el punto de vista ético-jurídico, surge el interrogante de la validez de una voluntad expresada por el sujeto previamente y fuera de las condiciones clínicas previstas. Existe, en efecto, la legítima duda -confirmada por los estudios de los que hablaremos más adelante- de que al verificarse la situación concreta pudieran variar o desarrollarse los sentimientos y los deseos precedentemente expresados por el paciente. Esta observación surge frecuentemente de la experiencia de los

médicos, de las enfermeras o también de aquellos que, a título variado, se encuentran en situación de atender a un enfermo, los cuales han podido constatar qué maduración provoca la enfermedad en el hombre. Pero también la actitud frente a las intervenciones médicas cambia con la situación: si se preguntase, por ejemplo, a un Hombre de buena salud si, de ser necesario, estaría dispuesto a someterse a determinadas intervenciones diagnóstico-terapéuticas particularmente riesgosas, su respuesta sería posiblemente negativa; la misma persona, en la situación real de la supuesta enfermedad, respondería probablemente en sentido afirmativo. Existe, finalmente, la duda de que la falta de una adecuada cultura médica en la mayoría de los pacientes pueda estar en el fondo de una comprensión incompleta de las diversas implicaciones que se conectan con las declaraciones previstas en el formulario del testamento biológico y que ellos han firmado. Es necesario, por el contrario, considerar adecuadamente el objeto de toda voluntad contenida en el testamento de vida o formulada por su representante.

Desde el punto de vista estrictamente ético, si se considera el objeto de la voluntad expresada por el paciente, se ve cómo, allí donde se reivindica disponer to-

[40] Carrasco I., "L'etica dell'intervento medico: il primato dell'interesse del paziente". In: Sgreccia E., Spagnolo A.G., Di Pietro M.L. (a cargo de), *L'assistenza al morente*, Vita e Pensiero: Milano 1994: 333-342.

talmente de la propia vida y de la propia muerte, se excluye cualquier referencia a la contingencia-trascendencia de la persona humana y a su dimensión de creatura. Los que sostienen la máxima autonomía de los enfermos acerca de las decisiones sobre la propia muerte parten a menudo, en efecto, de manera declarada de la afirmación del más absoluto subjetivismo ético y piden, entonces, que se reconozca al individuo el derecho "de poner fin a su propia existencia con el suicidio o de pedir que lo ayuden a morir" justificando esto, paradójicamente, con el respeto de la dignidad de la persona.

En una perspectiva de sacralidad "natural" de la vida, por el contrario, se recuerda el hecho de que el Hombre no es patrón absoluto de sí mismo, del propio cuerpo, del propio espíritu. Y esto vale no sólo para el creyente que reconoce su existencia como don del Creador, sino también para aquél que no considere racionalmente que la suya es una existencia surgida por accidente, en la cual él es el único árbitro de sí mismo sin tener otra referencia fuera de su propio ser. La vida, además, no es un bien disponible y tiene también un valor social que la misma sociedad tiene el deber de tutelar.

En esta segunda perspectiva el paciente puede, por lo tanto, lícitamente disponer de su vida en el sentido de reclamar el respeto de su dignidad, de rechazar todo encarnizamiento terapéutico y toda in-

tervención desproporcionada con su propia situación, de decidir libremente acerca de tratamientos altamente riesgosos. Resulta al contrario problemático, como se dijo, tanto para el médico como para las consecuencias en el paciente, aceptar la voluntad de suspender algunas intervenciones que, si bien no llevan a una curación, de hecho pueden mejorar la calidad de vida de una fase más o menos larga de la enfermedad. El rechazo de algunas intervenciones puede esconder una verdadera y propia demanda de eutanasia activa o por omisión que, en la intención del que la solicita o del que la ejecuta, tiene ni más ni menos el significado de querer anticipar el acontecimiento natural de la muerte.

De hecho, muchas sentencias de los tribunales han sancionado la superposición entre el plano legal y el plano ético y han delegado al individuo el derecho de decidir la interrupción o el rechazo de un determinado tratamiento a condición de estar en presencia de una "clara y convincente" evidencia de tal voluntad (así se expresa la Corte Suprema en el caso Cruzan) y, en consecuencia, han inducido a la gente a querer expresar siempre la propia voluntad también en previsión de una hipotética inhabilidad mental, temiendo que por motivos de orden legal se apliquen en su atención medidas de tratamiento que no respeten la dignidad y la calidad de vida. El Derecho, sin embargo, no debería prestarse a difundir la

cultura de la vida entendida como bien disponible para el individuo, ya que si puede ser justo que un individuo se exprese en el sentido de no querer someterse a medidas desproporcionadas de tratamiento, no puede de la misma manera decidir que no se apliquen medidas terapéuticas seguramente eficaces o los cuidados obligados para toda persona.

Nos parece, en conclusión, que el testamento de vida, pudiendo ser expresión de la voluntad del paciente no es siempre el modo justo de expresar su autonomía. Ante todo, porque expresar un parecer sobre una situación que se producirá no quiere decir siempre que se ha de tener el mismo parecer cuando la situación se haya configurado realmente. Y luego, no se pueden prever completamente las intervenciones que se requerirán, con su peculiaridad, dificultad concreta, posibilidad real de éxito. El hecho de que, como hemos dicho, sea difícil - incluso para el médico - distinguir entre encarnizamiento terapéutico e intervención debida, con mayor razón hace difícil la distinción por parte del enfermo. Tales consideraciones volverían de hecho insignificantes los contenidos mismos de la autonomía y sería muy difícil para el paciente determinar la proporcionalidad entre el beneficio y el no-beneficio.

Lo mismo vale para el sustituto con poder de decisión, como veremos, aun cuando fuese razonablemente cuidadosa

su decisión y coincidente con la del enfermo. Frente a la decisión de una intervención clínica y de la suspensión de los cuidados en fase terminal, ésta no debería depender sólo de la coincidencia entre la voluntad del sustituto y la del enfermo. Tal consideración podría ser ciertamente útil para elegir la tipología de los cuidados, pero acerca de "cuándo" y de la "entidad" de la terapia, la referencia debería ser primariamente el beneficio y el riesgo para el paciente.

Considerando más específicamente el papel del sustituto, el principio ético que subyace en su compromiso es respetar lo más posible la autonomía del paciente, y el papel de este interviniente se vuelve importante porque su decisión debería corresponder, ni más ni menos, a la del enfermo si estuviese en condiciones de decidir.

El involucrarse de un tercero hace surgir, sin embargo, algunos interrogantes como: ¿hasta qué punto la decisión del representante expresa efectivamente la del enfermo? ¿Qué factores, si los hay, podrían de hecho influir sobre la decisión de tal sustituto? ¿Cuán vinculante es para el médico la voluntad del sustituto, planteada la duda, ni más ni menos, de lo apropiado de tal juicio?

Para dar una respuesta a tales interrogantes se han efectuado algunos estudios de campo. Por ejemplo, un estudio

multicéntrico [41] ha involucrado a 300 pacientes y a sus 300 sustitutos, de tres hospitales universitarios americanos. 250 pacientes tenían un pronóstico fatal a corto plazo (insuficiencia cardíaca congestiva, SIDA, esclerosis lateral amiotrófica, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar crónica obstructiva); 50 eran pacientes de Medicina general.

Los objetivos que se intentaban alcanzar eran: 1) verificar el criterio justo del juicio de los sustitutos respecto de la voluntad de los enfermos representados por ellos; 2) evaluar los factores que podían ser asociados a tal criterio; 3) relevar las preferencias de los pacientes concedores de las intervenciones de soporte vital; 4) comparar las diferencias de criterio en relación con los diversos diagnósticos.

Cada uno de los pacientes y de los respectivos sustitutos eran sometidos, separadamente, a una entrevista estructurada con preguntas cerradas referidas a tres "escenarios" clínicos que debían hipotéticamente verificarse en adición a su situación clínica real, para los cuales, los pacientes debían indicar las decisiones que hubieran querido que fueran tomadas, mientras que los sustitutos debían predecir las preferencias que hubieran

indicado los pacientes representados por ellos.

Tales escenarios clínicos eran: a) encontrarse en un estado permanente de coma, del cual, en opinión del médico, no había esperanza de salir y en el cual probablemente el paciente no habría experimentado dolor; b) encontrarse en un estado de coma con probable insensibilidad al dolor y en el cual el médico planteaba hipotéticamente hacer algunos tratamientos agresivos; c) no encontrarse en estado de coma pero tener un grave e incurable daño cerebral (tipo mal de Alzheimer) que le impidiera reconocer a las personas y hablar, con la posibilidad de sentir dolor.

A cada enfermo se le pidió indicar sus preferencias acerca de diez potenciales tratamientos que se hubieran podido volver necesarios en los tres diversos escenarios: terapia intensiva, intubación, reanimación cardiopulmonar, alimentación e hidratación a través de sonda, aspiración nasotraqueal, intervención quirúrgica, hemodiálisis, esofagogastroduodenoscopia, flebotomía, radiografía torácica. Los procedimientos de estas intervenciones fueron detalladamente explicados a los enfermos antes de que indi-

[41] Sulmasy D.P., Terry P.B., Weisman C.S. et al., "The accuracy of substituted judgments in patients with terminal diagnoses", *Annals of Internal Medicine* 1998; 128: 621-629.

caran su voluntad ya en conocimiento.

Los resultados de los estudios pusieron en evidencia que sólo en el 66% de los casos las decisiones de los pacientes eran iguales a las de los sustitutos que ellos habían indicado. Por lo tanto, no hay siempre una exacta coincidencia entre la decisión del enfermo y la decisión del representante, y en muchas de las específicas intervenciones en perspectiva, el representante presumía que el enfermo habría elegido de un modo mientras que la elección efectiva del enfermo era completamente distinta. En particular, surgió que los representantes tendían a escoger los cuidados que ellos escogerían para sí mismos y no los que hubieran sido la opción de sus representados.

Algunos factores, según el estudio, han incidido en la precisión de las decisiones de los sustitutos con respecto a la voluntad de los enfermos. La mayor parte de las instrucciones de los pacientes y de los sustitutos estaban positivamente asociadas a la precisión de las decisiones, al haber ya hablado previamente, de modo explícito, entre pacientes y representantes, acerca de las cuestiones del fin de la vida, al tener los pacientes un seguro privado. Correlatos negativos eran, por el contrario, el hecho de que el paciente creyera tener todavía una perspectiva de vida mayor a diez años, experiencias previas de tratamientos de soporte vital del representante, la religiosidad de este úl-

timo, un diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Por lo tanto, se concluye que el juicio de los sustitutos es un modo imperfecto de expresar la voluntad del paciente terminal. Por otra parte, encontrándose en la situación de no poder conocer con exactitud la voluntad de un enfermo incapaz de dar el consentimiento, los médicos se colocan en la difícil situación de deber conciliar el respeto por la autonomía "precedente" del paciente con la beneficiabilidad al estar frente al paciente mismo. Para superar esta dificultad los autores sugieren que sería oportuno darse cuenta mejor de los factores que inciden en las decisiones de los sustitutos para poder conocer también mejor las probables discrepancias entre la voluntad de estos últimos y la del enfermo y decidir luego en consecuencia.

Otra cuestión que se suscita frecuentemente es la conectada con la percepción, por parte del mismo médico, de las preferencias de los pacientes hospitalizados sabedores de la decisión de reanimarlos en caso de paro cardiorrespiratorio. La cuestión es relevante, incluso desde el punto de vista ético, en cuanto una preferencia inicial expresa del paciente a menudo no es mantenida en forma estable y, por eso, resultaría muy discutible el hecho de que el médico se dejase guiar en sus decisiones sobre el paciente sólo por las preferencias de éstos.

En otro estudio llevado a cabo en el ámbito del proyecto SUPPORT [42], que ha involucrado a cinco grandes hospitales universitarios americanos, fueron evaluadas las preferencias y la estabilidad de tales preferencias, acerca de la reanimación de pacientes internados por exacerbación de una grave insuficiencia cardíaca congestiva. Se estudiaba además la percepción que tenían los médicos acerca de estas preferencias de sus pacientes con el fin de identificar la precisión de la correspondencia.

De 936 pacientes entrevistados sólo el 23% (215) había afirmado explícitamente que no quería ser reanimado en caso de paro. La percepción del médico acerca de las preferencias del paciente se apartaba de éstas sólo en el 24% de los casos. Después de la entrevista, se produjeron 42 paros cardíacos en los pacientes estudiados: de los 31 que habían expresado una preferencia por ser reanimados 12 tenían al contrario una *DNR order* y por esto no fueron reanimados; de los restantes 19 que fueron efectivamente reanimados, 10 salieron vivos del hospital, los otros murieron en el hospital.

Después de dos meses, de los 600 pacientes regresados a casa que respondieron nuevamente al cuestionario acerca de sus preferencias actuales en circunstan-

cias de reanimación, el 19% las había modificado: el 14% de aquellos que en un primer momento habían expresado la voluntad de ser reanimados (69 de 480) y el 40% de aquellos que inicialmente no querían ser reanimados (48 de 120).

Surge, por lo tanto, un importante dato acerca de la efectiva inestabilidad de la voluntad de los pacientes y, en consecuencia, considerar la voluntad del paciente como única guía para el médico puede ser muy peligroso e indica cómo la tan mentada autonomía tiene, a su vez, muchos límites objetivos. La voluntad del paciente y/o la del sustituto, siguen siendo, en línea general, la referencia para los médicos, como expresión de convicción religiosa y de conciencia moral del paciente, pero los facultativos no están obligados a seguir siempre y como sea toda decisión del enfermo o del sustituto en circunstancias específicas. El objetivo del bien integral del enfermo es suficiente para obligar a los médicos a superar tanto el encarnizamiento terapéutico como la imposición de una decisión diferente de un sustituto.

CONCLUSIONES

Frente a los numerosos problemas bioéticos que están próximos al paciente crítico, la tarea de la sociedad, como comu-

[42] Krumholz H.M., Phillips R.S., Hamel M.B. et al., "Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure. Results from the SUPPORT Project", *Circulation* 1998; 98: 648-655.

nidad de personas razonables, es identificar qué criterios deben primar para admitir o apartar a los pacientes del beneficio de la unidad de terapia intensiva. Promoviendo a la persona en todas sus dimensiones (unicidad, relacionalidad y solidaridad) y teniendo presente el fin primario de la intervención médica que debe ser proporcionada a cada paciente en particular, el médico y el paciente son llamados a un coherente proceso de decisión. Se alcanzará la justicia si estas decisiones se vuelven posibles en un sistema social abierto a la solidaridad en el que cada ciudadano pague según el propio rédito y todos puedan recibir lo que es necesario para la propia vida y para la propia salud.

Pero junto a estos importantes aspectos organizativos, es necesario, finalmente, que la sociedad se enfrente, de modo claro, con el tema de la muerte y de su significado para el Hombre. Hemos visto cómo la Medicina intensiva permite hoy recuperar para la vida y para su curación a sujetos que después de un trauma o una hemorragia cerebral masiva estarían muertos; pero su empleo implica también que haya un porcentaje de enfermos en coma profundo o en SVP, que siguen viviendo inconscientes durante meses o años. Esta ambivalencia es propia de la tecnología, en general, y de la tecnología médica, en particular. Una grave incapacidad de nuestra sociedad para dar un sentido propio al sufrimiento y a la

misma muerte contribuye hoy a volver y a hacer sentir gravosa la tarea de la asistencia de un enfermo en estado prolongado de enfermedad. Se puede decir que nuestra sociedad no logra convivir con el sufrimiento y con la muerte y en ciertos enfermos parece ser prolongada y hacerse crónica en un extinguirse que dura largo tiempo. La solicitud de la eutanasia deriva de la exigencia de eliminar el dolor y de invocar la muerte anticipada por no poder pensar en ella y afrontarla. Y este problema no es siempre del paciente sino también con frecuencia de los parientes y de la sociedad.

Si es verdad que la conciencia de la muerte es un componente de la autenticidad del Hombre maduro, es igualmente cierto que la experiencia de morir no puede ser anticipada, ni podrá ser siempre plenamente alcanzada, por ejemplo, en el caso de la muerte de los bebés aún privados del uso de razón. Para todos sigue siendo incierta la hora de la muerte e inciertas son también la modalidad y la experiencia existencial del caso. No podemos asumir como experiencias tranquilizadoras las narraciones de los muertos redivivos, en el límite del coma reversible: pero, incluso, si estas experiencias tuvieran un valor de síntoma, cada uno vivirá la experiencia de morir de modo diverso, porque es diverso lo vivido por cada individuo.

La pregunta de la ciencia médica frente a la muerte sigue estando marcada por el

límite. El momento de la muerte ontológica elude a la ciencia médica. El médico puede constatar - pero constatar "post-eventum" - la muerte a través de parámetros indirectos, aun cuando los instrumentos están dotados de una extrema precisión y aunque advierten el cese del latido cardíaco o la ausencia de ondas electroencefalográficas o la detención del flujo cerebral. La Medicina está llamada a respetar la muerte, además de constatarla, absteniéndose de actos anti-

cipatorios o de un encarnizamiento injustificado, justamente porque la muerte es un momento solemne y profundo de la persona, que completa su experiencia terrena y se dirige desde entonces al momento insuperable de la trascendencia y de la eternidad.

Es cierto, de todas maneras, para el Hombre adulto que la conciencia de la muerte acompaña, refrenda y estimula la existencia humana [43].

[43] Sgreccia E., "Scienza ed etica per il paziente terminale". In: Sgreccia E., Spagnolo A.G., Di Pietro M.L. (a cargo de), *L'assistenza al morente*, Vita e Pensiero; Milano 1994: 411-420.

APLICACIONES PASTORALES DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

*IIº Jornadas de Bioética para
Sacerdotes*

20 de octubre de 2004.

Pbro. Rubén O. Revello

- Sacerdote del clero de Lomas de Zamora (Buenos Aires) y Párroco de Sagrada Familia de Nazareth (Banfield, Buenos Aires, Argentina)
- Estudios Superiores de Teología (Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Especialista en Bioética de la Universidad del *Sacro Cuore* (Roma)
- Consejero Titular de la Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud (UCA)
- Coordinador del Instituto de Bioética (Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina – UCA)
- Docente e Investigador del Instituto de Bioética (UCA)
- Profesor Adjunto de Teología Moral en la Maestría en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, UCA)
- Profesor de Antropología Teológica, Carrera de Psicología (UCA)
- Profesor de Doctrina Social de la Iglesia, Carrera de Psicología (UCA)
- Perito en Bioética de la Conferencia Episcopal Argentina
- Secretario Ejecutivo de la Comisión de Fe y Cultura (Conferencia Episcopal Argentina)
- Coordinador de la Comisión de Seguimiento Legislativo (Conferencia Episcopal Argentina)
- Coordinador del Observatorio Cultural de la UCA y de la Conferencia Episcopal Argentina
- Miembro Titular del Comité de Ética en Medicina, Academia Nacional de Medicina (Argentina)

Palabras clave

- Bioética Personalista
- Magisterio de la Iglesia
- Pastoral
- Sacerdotes

RESUMEN

Luego de resaltar la constante interpe-lación a la que se ven expuestos ac-tualmente los sacerdotes en temas de Bioética, el autor presenta aquí once li-neamientos guía acerca de lo que se espera hoy de ellos con relación a estos temas.

INTRODUCCIÓN

Muchas veces como sacerdotes nos he-mos preguntado: ¿Qué puedo hacer por esa persona que me consulta sobre un tema tan delicado?, ¿cómo aconsejar a este miembro de la comunidad de la cual soy pastor, que está pasando por estas circunstancias tan difíciles?, ¿qué enseña la Iglesia respecto de este tema en parti-cular?, ¿dónde puedo asesorarme ante este tema científico tan específico?

Hoy en día todo sacerdote es consultado respecto de temas como la fecundación artificial, eutanasia, donación de órga-nos, y no sólo los que habitan en los grandes centros urbanos, también aque-llos de zonas rurales. Cuestiones como la obligatoriedad de la enseñanza de una moral sexual determinada por parte del Estado, involucra a todo colegio de con-gregación o parroquial, motivo por el cual somos consultados por directivos y docentes, respecto de la conveniencia o no de tales contenidos.

Los mismos hospitales municipales re-quieren, muchas veces, de nuestra opi-nión respecto de temas como determina-ción del momento de la muerte, encarni-zamiento terapéutico o leyes de objeción de conciencia.

Ante esta nueva realidad nos sentimos superados y muchos de nosotros echa-mos mano de lo primero que encontra-mos en las librerías tratando de infor-marnos un poco y de poder iluminar la situación. Pero esta buena intención no siempre basta, pues existen múltiples es-cuelas de Bioética: la pragmático-utilita-rista, la economicista, la subjetivista, la materialista y demás. Como podrán ima-ginar, no todas ellas tienen la misma concepción y valoración del Hombre, motivo por el cual, las consecuencias de una u otra difieren gravemente.

Sin embargo, existe una corriente de Bioética, llamada *PERSONALISMO* o *Bioética Personalista Ontológicamente Fundada* que coincide con una antropología cristiana y que es la base desde la cual la doctrina de la Iglesia, referida a los temas de Bioética, elabora su pensa-miento.

Teniendo como sistema de referencia es-ta escuela de Bioética y la elaboración del Magisterio relacionado con estos te-mas, ¿qué se espera de nosotros sacerdo-tes, ante una consulta como las ya seña-

ladas?:

1. Tener una actitud de cordial cercanía con quien consulta.
2. Identificar con claridad aquello que está en juego.
3. Tener humildad para consultar (libros y/o personas especializadas).
4. Ser dócil al Magisterio.
5. Asumir un compromiso personal con el consejo dado.
6. Acompañar a la persona.
7. Asumir la formación permanente.
8. Difundir el Corpus Vitae en la catequesis, las homilías, los retiros y demás.
9. Formar grupos que reflexionen sobre estos temas.
10. Cuidar y hacer un seguimiento de los programas de nuestros colegios parroquiales.
11. Comprometernos profundamente con una Cultura de la Vida.

1. Tener una actitud de cordial cercanía con quien consulta

Generalmente, se acercan a nosotros personas con dudas espirituales que esperan una respuesta que les sirva como guía segura para las situaciones que están atravesando.

Lo hacen después de recorrer un camino personal de fe y con una formación distinta para cada uno de ellos. Esto nos lleva a considerar la "ley de la gradualidad", es decir, tomar a cada persona con el

grado de conciencia con que nos llega, en la situación de pecado con que se acerca a nosotros y, desde esa realidad personal, tratar, siempre, de acompañarla hacia el ideal de santidad propuesto a todo bautizado.

Las consultas de este tipo son siempre complejas y delicadas, por tanto, no basta dar una respuesta meramente burocrática, ni una solución facilista. Debemos proponer el bien y la verdad, sin ocultarlos, ni disimularlos; este es el mayor bien que podemos hacerles. Hay que evitar toda respuesta mecánica que los abandone a la perplejidad de sus conciencias, por el contrario, cuanto más costosa sea la decisión que deban tomar, mayor deberá ser nuestro seguimiento pastoral.

El otro extremo, igualmente pernicioso, sería disimular las exigencias de lo señalado por el Magisterio, incurriendo en la gradualidad de la ley que advierte el "Vademécum para los confesores".

Debemos recordar que estas personas se acercan a sus pastores buscando una respuesta eminentemente eclesial, no psicológica o sociológica, por lo tanto, el elemento trascendente no puede quedar excluido del consejo que demos en ese sentido.

Lo fundamental consiste en que se sien-

tan escuchados y comprendidos; que experimenten nuestra empatía con sus dificultades y que les brindemos contención y sostén.

2. Identificar con claridad aquello que está en juego

Muchas veces, sea por la gravedad de los temas a tratar, así como por la urgencia en que requieren ser tratados, exigen de nosotros gran claridad para ubicar el núcleo central del problema en su justa dimensión.

Para hacer una correcta evaluación de la situación, debemos eliminar toda subjetividad (al menos en el primer momento, para poder ver claramente la situación).

Iluminar la cuestión desde una perspectiva cristiana.

3. Tener la suficiente humildad para hacer las consultas pertinentes

Algunas veces, se dan respuestas demasiado duras o se exige más de lo señalado por el Magisterio, fruto más de la ignorancia que de la ortodoxia.

Para evitar esto corresponde tener dónde consultar: en primer lugar, los documentos del Magisterio de la Iglesia (Corpus Vitae), pero también manuales generales de Bioética para realizar consultas rápi-

das.

Ninguno de nosotros está obligado a saberlo todo, de todos los temas; por ello es más serio pedir tiempo para consultar donde corresponde, que dar una respuesta apresurada que encierre el defecto del error. Debo tomarme mi tiempo para responder y no hacerlo hasta no estar seguro de los fundamentos en los que baso mi postura.

Para respuestas más complejas o específicas puedo consultar al Instituto de Bioética bioetica@uca.edu.ar

4. Ser dócil al Magisterio

La consulta que nos llega como sacerdotes es sobre el pensamiento de la Iglesia, no sobre nuestra particular opinión sobre el tema (que, por otro lado, puede ser muy novedosa, pero no es aquello sobre lo cual se nos consultó).

Debemos considerar que cuando el Magisterio se expide respecto de un tema, lo hace luego de consultar toda una serie de especialistas médicos, científicos, teólogos y demás. No se trata de una opinión dada superficialmente, sin más consideración.

Conviene recordar que la docilidad es una parte de la prudencia, por la cual podemos aprender de la experiencia de

otros, cuánto más si esa experiencia es fruto de la reflexión que la Iglesia hace de un tema controversial.

Ella no significa la imposibilidad de pensar y proponer alternativas, pero debemos ser muy prudentes respecto de cuándo, dónde y en qué circunstancias lo hacemos (esto siempre que la cuestión referida no se encuentre claramente definida y, por lo tanto, le deba asentimiento de la mente y del corazón).

5. Asumir un compromiso personal con el consejo dado

No se trata sólo de dar "recetas" con las cuales las personas se las deban arreglar y que les indiquen fríamente qué deben hacer. Debemos comprometernos con el bien de ellos y facilitarles el camino para que puedan llevar a cabo lo que la Iglesia les propone como camino de crecimiento en la santidad.

Un buen ejemplo de esto es una experiencia por la cual pasamos todos los sacerdotes cuando realizamos una entrevista pre-matrimonial y debemos hacer la fatal pregunta: ¿Ud. conoce y asume para su vida matrimonial todo aquello que sobre la paternidad responsable enseña la Iglesia Católica?, a lo cual se nos responde invariablemente "Sí", pero que todos los que conocemos algo de la enseñanza de los métodos naturales de pla-

nificación natural, sabemos que no pueden enseñarse en una reunión (ni en cinco) del curso de inmediata preparación al matrimonio, por voluntarioso y formado que sea el profesional médico o el matrimonio que da el tema.

No basta sólo con aconsejar el recurso a los métodos naturales, debemos esforzarnos en conseguir instructores (o hacerlos formar) que puedan asesorar a aquellos que quieran asumirlos para su vida matrimonial. Sin este recurso -o, en algún caso, simplemente dando un librito- decimos lo que hay que hacer pero no brindamos los medios para que los fieles los puedan encarnar.

Otro tanto ocurre con temas como el aborto. Luchar contra este flagelo no consiste sólo en explicar en qué consiste y luchar contra él; también debemos tener instituciones, como Grávida, que luchan a favor de las mujeres que quieren llevar adelante su embarazo y les brindan contención, atención y asesoramiento.

6. Acompañar a las personas

Este punto está en estrecha relación con el anterior, pues se trata de "pastorear", seguir a la persona en cuestión o saber derivarla a quien pueda acompañarla.

Exige una actitud de compromiso en serio y llega, aún, a asumir el empeño de

facilitar los medios para que, desde la comunidad parroquial, se allanen todos los caminos que le impidan a la persona seguir lo indicado por el Magisterio.

7. Asumir la formación permanente como una necesidad pastoral

En los temas de Bioética, las novedades son tantas que debemos estar constantemente actualizados, si es que queremos ser creíbles y eficaces. Una de las formas de lograrlo es con Internet, pudiendo realizar consultas on-line, cursos de actualización a distancia en Bioética o sobre métodos naturales de planificación familiar.

El conocimiento, así como el manejo frecuente de los documentos de la Iglesia, serán otra fuente de enriquecimiento para la reflexión de la materia en cuestión.

Un ejercicio interesante es informarse de los temas de actualidad en Bioética y tratar de ensayar una respuesta desde nuestra doctrina.

8. Difusión del Corpus Vitae en la catequesis, las homilias y los retiros

Hoy, la formación permanente de nuestras comunidades pasa por la difusión de estos temas para que sepan juzgar las diversas circunstancias, más allá de los cri-

terios "mediáticos".

Muchos de nuestros feligreses se quedaron con lo aprendido en su niñez, con el catecismo de primera comunión y estos temas los descolocan. Además, son acosados en sus trabajos y en su entorno en general y no tienen una respuesta sólida para ofrecer. Otros ignoran que la Iglesia tiene una postura clara respecto de muchos de estos temas.

La formación de las conciencias, además de ser una responsabilidad de los pastores, es un modo de prevención de muchos males.

Necesitamos formar agentes que difundan el pensamiento católico en la sociedad y nuestras parroquias son centros privilegiados para tal fin.

9. Formación de grupos parroquiales que reflexionen sobre Bioética

Contamos con algunos laicos formados, con jóvenes universitarios, docentes, profesionales que forman una masa crítica desde la cual empezar a formar un grupo de opinión.

Podemos pedirle (y ayudarlo desde la parroquia) a alguno de ellos que se forme, al menos con un curso a distancia. Este miembro de la comunidad transmitiría lo aprendido al resto de los integrantes del

grupo.

La reflexión, en dicho grupo, de los documentos de la Iglesia, es otra forma, más modesta de comenzar a difundir y formar la conciencia de los temas referidos a la Bioética, además de ser de fácil acceso.

10. Cuidado y seguimiento de los programas de nuestros colegios parroquiales

Los organismos internacionales cada vez ejercen más presión sobre los gobiernos locales a fin de imponer un pensamiento único, claramente contrario a los valores del Evangelio. Por ello es necesario estar muy atentos a los programas del ministerio de Educación y realizar un seguimiento de las cuestiones que a los temas de moral y, sobre todo, de Bioética se refieren, de modo muy particular, sobre aquellos referidos a la enseñanza "desde una perspectiva de género".

Además, se hace necesario estar atento a cuestiones como: derechos reproductivos, derechos homosexuales, derechos de la mujer, derecho a decidir y demás.

Es fundamental un acompañamiento de los docentes que, muchas veces, repiten errores por falta de atención o por desconocimiento de lo que verdaderamente significan estos temas.

11. Compromiso con la Cultura de la Vida

En la *Evangelium Vitae*, el Santo Padre señala la alternativa de la Cultura de la Vida como respuesta católica a la Cultura de la Muerte. Por tanto, es deber nuestro, como pastores, conducir el rebaño de Dios, detrás del único Pastor Universal. Seguir sus pasos, ya que señalan una doctrina segura, por donde no nos despeñaremos.

Nuestro Instituto de Bioética se compromete a transmitir y fomentar una Bioética que, centrada en la persona, se abre a la posibilidad de la espiritualidad y la trascendencia.

Debemos conformar, entre todos, una verdadera red que proponga y exponga, con claridad, la reflexión de la Iglesia en favor de la vida.

CONCLUSIÓN

Las características propias de este tiempo en el cual el Señor nos llama a ser pastores de su Pueblo son la celeridad y la necesidad de dar respuestas fundadas a las preguntas de la gente. De allí que la constante formación en los temas referidos a la vida humana y su defensa, desde la concepción hasta la muerte natural, se ha vuelto una prioridad de nuestro ministerio.

Es cierto que son múltiples las obligaciones que tenemos, pero no es menos ciertos que los temas sobre los que somos consultados refieren, muchas veces, a la vida y la muerte de las personas, volviéndose, por lo tanto, urgentes y fundamentales.

Es imposible dar soluciones centradas só-

lo en nosotros: formar laicos o grupos que nos asesoren o brinden ese servicio a los que consulten, se vuelve un elemento imprescindible para el trabajo pastoral del tercer milenio. Está en nosotros administrar los medios necesarios para poder dar una respuesta pastoral a los tiempos que corren.

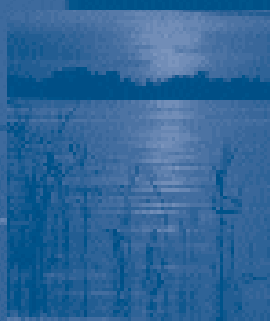
PUBLICACIONES DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA

PRINCIPIOS
DE BIOÉTICA

EN EL

CATECISMO
DE LA IGLESIA
CATÓLICA

LA VIDA
FRÁGIL



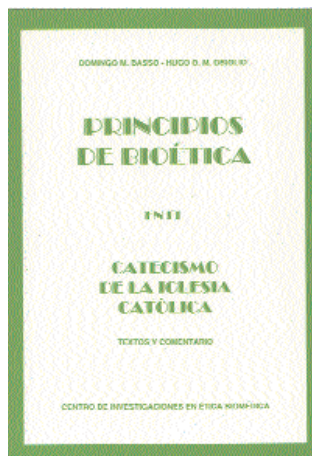
Jornada
por la Vida

Actas del Tercer Simposio Internacional
sobre el aborto en Buenos Aires el 2
y el 3 de septiembre del 1992

LA BIOÉTICA
COMO PRÁXIS

ANGELO SCOLA

QUE ES LA VIDA?



DOMINGO M. BASSO - HUGO O. M. OBIGLIO

PRINCIPIOS
DE BIOÉTICA

EN EL

CATECISMO
DE LA IGLESIA
CATÓLICA

TEXTOS Y COMENTARIO

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN ÉTICA BIOMÉDICA

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

Autores

Domingo M. Basso

Hugo O. M. Obiglio

Dos son los capítulos en que se desarrolla esta obra. El primero de ellos recoge la enseñanza del *Catecismo* sobre los principios fundamentales del orden moral; el segundo, presenta una recopilación de todos los textos que sintetizan los criterios explícitos sobre cuestiones puntuales de Bioética formulados en numerosos documentos, más o menos recientes, del Magisterio de la Iglesia.

Editado por el Centro de Investigaciones en Ética Biomédica, Buenos Aires, 1993.

Pags. 134.

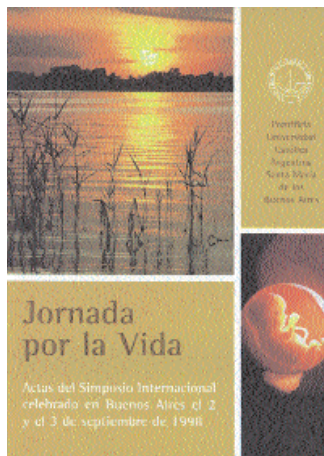


PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

Actas del Simposio realizado del 17 al 19 de abril de 1998 en "La Armonía", Cobo, Prov. de Buenos Aires. Organizado por el Instituto de Ética Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio

Contenido: Aspectos históricos de los principios que soportan la Bioética; De los principios éticos a los bioéticos: algunas precisiones preliminares; Hacia un examen de la cuestión de los Principios de la Bioética; Examen de las actitudes y de los Principios de la Bioética contemporánea predominante; Conclusiones y esbozos para una posterior redacción de Principios.

Editado por la Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires, 1998.
Págs. 261



JORNADA POR LA VIDA

Actas del Simposio Internacional celebrado en Buenos Aires el 2 y 3 de septiembre de 1998 en la sede de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio

Contenido: Fundamentos antropológicos de la cultura por la vida; Problemática de la procreación: reflexiones sobre el inicio de la vida; ¿Cuál es el riesgo de las técnicas de fecundación artificial?; Los efectos psicológicos del aborto en la familia; El derecho ante intereses implicados en la procreación artificial; La protección constitucional del derecho a la vida; Las distintas concepciones filosóficas y la legislación europea sobre el no nacido; El derecho a la vida como fundamento de los derechos humanos; Los derechos del nascituro y la manipulación genética; Derecho a la vida y Política Nacional.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 1999.
Págs. 217.



¿QUÉ ES LA VIDA?

Autores varios
 Coordinador: Angelo Scola

Todos los fenómenos que se desarrollan con excesiva velocidad necesitan definir mejor su naturaleza y su método. Este es el caso de la bioética, donde la urgencia por regular una materia tan delicada ha llevado a dejar en segundo plano el estudio del objeto que se quiere regular: ¿qué es la vida? La bioética seguirá cuestionada mientras no se dé respuesta a esta pregunta, que es previa a todo debate. Este libro pretende ayudar al lector a profundizar en el fenómeno de la vida humana.

Editado por EDUCA - Ediciones de la Universidad Católica Argentina - para el Instituto de Ética Biomédica, junto a la Universidad Católica de Chile y la Universidad de San Pablo. Buenos Aires, 1999.
 Págs. 311.



LA BIOÉTICA COMO PRAXIS

Autor
 Elio Sgreccia

Las páginas de este libro presentan el valioso aporte al saber bioético brindado por S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en las conferencias "Derechos Humanos y Bioética. De la Bioética al Bioderecho", "El Siglo XX como siglo de la Bioética" y "La asistencia médica a los enfermos y a los moribundos: la proporcionalidad terapéutica", ofrecidas durante su visita al Instituto de Ética Biomédica con motivo de la designación, por parte de la Pontificia Universidad Católica Argentina, como Profesor Honoris Causa.

Editado por EDUCA - Ediciones de la Universidad Católica Argentina - Buenos Aires, 2000. - Reimpresión , 2004.
 Págs. 101



LA VIDA FRÁGIL

Autor

José Luis Del Barco

"Seguramente, el olvido más grave de nuestro siglo, un olvido lamentable ocasionador de ruinas, haya sido dar la espalda a la sabia razón práctica, cuya lamentable ausencia de patria necesitada ha dejado a nuestro tiempo en un estado penoso de oscuridad duplicada, como una tiniebla negra fatalmente ensombrecida, y ha causado una orfandad de desamparo completo a la moral, a la ética, al derecho, a la política: a todas las ciencias prácticas. Otros olvidos podrían contemplarse con desapego o con frialdad de estatua, como el amigo fingido al amigo que se marcha, pero el de la razón práctica no, pues sin ella nos hundimos en un foso de ignorancias y nos quedamos sin medios, sin recursos, sin ideas para encarar con prudencia las dudas existenciales de la cultura de enigmas que anuncia el nuevo milenio, entre ellas, las inquietantes de la ciencia bioética".

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000.
Págs. 203



Revista Vida y Ética Año 1 / Nro. 0 / Diciembre 2000

- . Humanizar la medicina
- . Fecundación y concepción: ¿hasta donde coinciden?
- . Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo
- . Uso compasivo de medicación de enfermedad neuropediátrica de evolución fatal: consideraciones éticas



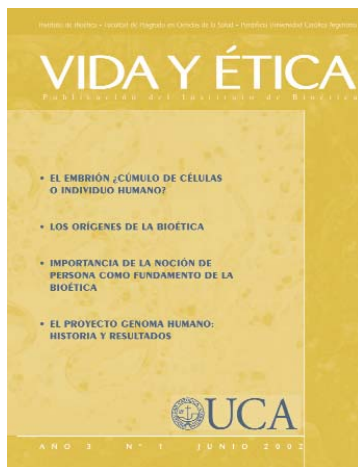
Revista Vida y Ética
AÑO 2 / NRO 1 / Julio 2001

- . Biodiversidad y biotecnología
 La naturaleza como recurso moral
- . Constitución, derechos humanos y fecundación asistida.
 Límites constitucionales y éticos jurídicos a su regulación con motivo de un caso judicial



Revista Vida y Ética
AÑO 2 / NRO 2 / DICIEMBRE 2001

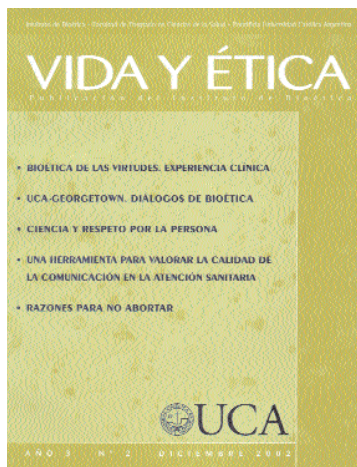
- . La bioética personalista
- . Vida humana y sexualidad. San Agustín y la persona
- . Bioética. los diez primeros años de un comité de ética hospitalario latinoamericano
- . Tratamiento de una mujer con conductas homosexuales. Un reto a la bioética y un desafío terapéutico
- . La píldora del día después. Consideraciones antropológicas y éticas
- . Clonación. Una mirada desde la ética y el derecho
- . Células estaminales y clonación terapéutica
- . Importancia de la familia para el potencial demográfico de las naciones en un mundo globalizado
- . *Evangelium vitae*: cinco años de confrontación con la sociedad
- . VI Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida. Comunicado final Vaticano, 11-14 de febrero de 2000
- . Discurso de Juan Pablo II a los participantes en la VII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Para que tengan vida y la tengan en abundancia. Mensaje de Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del Enfermo
- . Ley de salud reproductiva: diálogo con diputados y senadores



Revista Vida y Ética

AÑO 3 / NRO 1 / JUNIO 2002

- . El embrión humano: ¿cúmulo de células o individuo humano?
- . Los orígenes de la bioética
- . Importancia de la noción de persona como fundamento de la bioética
- . El Proyecto genoma humano. Historia y resultados
- . La Naturaleza del Amor Conyugal y su relación con la dignidad de la vida humana en el pensamiento de Juan Pablo II
- . Anencefálicos y autorización a inducir un parto. A propósito de un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina
- . Anencefalia: un problema actual.
- . El síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA) y secreto médico.
- . Discurso de Juan Pablo II a la Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Naturaleza y dignidad de la Persona Humana como fundamento del derecho a la vida: desafíos del contexto cultural contemporáneo
- . Haced que la voz de la Santa Sede llegue a los "aerópagos" de la cultura moderna. Mensaje de Su Santidad Juan Pablo II al Cardenal Paul Poupard
- . Intervención de S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán en la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud
- . Identidad y estatuto del embrión humano
- . La salud reproductiva de los refugiados. Mensaje de los Pontificios Consejos para la Pastoral de la Salud, para la Pastoral de los Migrantes e Itinerantes y para la Familia, dirigido a las Conferencias Episcopales
- . Día nacional de la santidad de la vida humana 2002. Proclamación.
- . La píldora del día después es abortiva. Dictamen del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina



Revista Vida y Ética

AÑO 3 / NRO 2 / DICIEMBRE 2002

- . Bioética de las virtudes. Experiencia clínica
- . UCA - Georgetown: Diálogos de Bioética
- . Ciencia y respeto por la persona
- . Una herramienta para valorar la calidad de la comunicación en la atención sanitaria
- . Razones para no abortar
- . Bioética: el camino de la ética médica en el nuevo milenio
- . Proyecto genoma humano y bioética (II)
- . Muerte y eutanasia
- . Eutanasia
- . El comienzo de la persona humana en Vélez Sarsfield
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la Conferencia Internacional sobre Globalización y Educación Católica Superior
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la XVII Conferencia Internacional sobre la Pastoral de la Salud
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de la Asamblea Plenaria de la Academia de Ciencias
- . Intervención de la delegación de la Santa Sede en la Comisión Especial de la 57ª Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Clonación de Embriones Humanos
- . Intervención de S.E.R. Mons. Renato R. Martino en el tercer Comité de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre envejecimiento
- . Sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los Católicos en la vida política
- . Nota doctrinal de la Congregación para la Doctrina de la Fe
- . Ley de Uniones Civiles de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Revista Vida y Ética
AÑO 4 / NRO 1 / JUNIO 2007

- . Bioética: autobiografía intelectual
- . Asesoramiento ético a parejas estériles
- . Aspectos Científicos y Éticos de la Epidemia de VIH y SIDA
Hacia una propuesta auténticamente humana.
- . Educación de la sexualidad
- . El Personalismo en las Diversas Áreas Culturales de América Latina y el Caribe
- . Algunos aspectos éticos de la sexualidad humana
- . Filiación por dación o abandono del concebido crioconservado. Técnicas de Procreación Humana Asistida. Reglamentación legal en la República Argentina.
- . Clonación: PANORAMA LEGAL MUNDIAL. Límites jurídicos vs. Libertad de investigación. Efectos en el Derecho de Familia.
- . Embarazos incompatibles con la vida. Declaración del Instituto de Bioética, UCA
- . ¿Ovulaciones múltiples en la mujer? Aclaración del Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Católica Argentina.
- . Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana.
- . Consideraciones acerca de los proyectos de reconocimiento legal de las uniones entre personas homosexuales.



Revista Vida y Ética
AÑO 4 / NRO 2 / DICIEMBRE 2007

- . Fundamentos filosóficos y teológicos de la Bioética
- . Dilemas en el tratamiento al inicio de la vida
- . Contextualizando la discusión sobre clonación: premisas ideológicas y asuntos olvidados
- . La peligrosa pendiente que convierte los delitos en derechos
- . La protección jurídica del embrión a 30 años de Roe vs. Wade
- . La importancia de la sociedad civil ante el proceso de desarrollo de la investigación científica
- . La Bioética: de la ética clínica a una Bioética Social
- . Las Llamadas "uniones civiles". Ataque al matrimonio.
- . Clonación: pérdida de la paternidad y negación de la familia
- . Conclusiones del Congreso Teológico - Pastoral sobre la Familia
- . Discurso de Juan Pablo II
- . IV Encuentro Mundial de las Familias. Pontificio Consejo para la Familia.
- . Homilía del Cardenal Alfonso López Trujillo
- . IV Encuentro Mundial de las Familias. Pontificio Consejo para la Familia.



PARA ADQUIRIR CUALQUIERA DE LAS
PUBLICACIONES DIRIGIRSE AL:

Instituto de Bioética de la
Pontificia Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400
C1107AFB - Buenos Aires, Argentina
Fax: (+5411) 4349-0284
E-mail: bioetica@uca.edu.ar

Revista Vida y Ética Año 5 / Nro 1 / Junio 2004

- . Los valores de la familia contra el sexo seguro
- . Desafíos de la bioética en el siglo XXI: nueva genética, manipulación y progreso
- . Conocimientos básicos sobre fertilidad humana.
Conocimientos sobre métodos de planificación familiar
- . Jornada por la Vida.
Celebración del Día del Niño por Nacer
- . El estudio del ADN
- . La belleza del amor, la sexualidad y la vida
- . La familia: imagen del amor de Dios
Reflexión sobre situaciones difíciles y ambigüedades en referencia a la vida, la familia y algunas cuestiones éticas
- . Aborto
Presencia del Instituto de Bioética en el debate público
- . Comentarios a propósito del III ° Congreso Mundial de Familias
- . La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas.
- . Aspectos antropológicos y éticos
Comunicado Final de la X Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida, Vaticano, 21 de febrero de 2004
- . Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo
Declaración común de la Academia Pontificia para la Vida y la Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos Vaticano, 17 - 20 de marzo de 2004

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

El Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina cuenta con una biblioteca especializada de alrededor de 2000 volúmenes y recibe 20 publicaciones periódicas de bioética.

Durante el año, se han sumado a nuestro fondo bibliográfico las publicaciones que citamos en esta sección.

■ EL DISCURSO BIOÉTICO (VERSIÓN EN FRANCÉS)

Autor: Peter Kemp
Les Éditions du Cerf, París, 2004.

■ BIOÉTICA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Autores: Dietrich Von Engelhardt
José Alberto Mainetti – Roberto
Cataldi Amatriain – Luisa Meyer
Academia Argentina de Ética en
Medicina, Editorial Biblos, Buenos
Aires, 2004.

■ ÉTICA Y SEDACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

**CUADERNOS DE LA FUNDACIÓ VÍCTOR
GRÍFOLS I LUCAS**

Fundació Víctor Grífols i Lucas,
Barcelona, 2003.

■ **USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS. ASPECTOS ÉTICOS**
CUADERNOS DE LA FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS

Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2003.

■ **BOLETÍN DEL CONSEJO ACADÉMICO DE ÉTICA EN MEDICINA (CAME)**

Año 2 N°1, Diciembre de 2003.

■ **GENÉTICA Y DERECHO**

Responsabilidad jurídica y MECANISMOS DE CONTROL

Autor: Carlos María Romeo Casabona
Editorial Astrea, Buenos Aires, 2003.

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

SOLICITUD DE EJEMPLARES

Suscripción anual

Ejemplar N°

Formas de pago:

Cheque nominal:
a favor de Fundación Universidad Católica Argentina, no a la orden.

Giro Postal:
a nombre de Fundación Universidad Católica Argentina.

Depósito:
Banco Galicia Casa Central.
- Caja de ahorro en \$ Arg. N° 9750179-1 999-1
(Importante: enviar el comprobante de depósito vía fax)

Transferencia bancaria:
Banco Galicia - Caja de ahorro en \$ N° 9750179-1 999-1.
CBU - 0070999030009750179113
CUIT - 30-53621658-4
(Enviar comprobante vía fax)

Efectivo

Datos para la recepción de VIDA Y ÉTICA

Nombre y apellido:

Especialidad / cargo:

Domicilio: Código Postal:

Ciudad: Provincia: País:

Teléfono: Fax:

E-mail:

MONTOS DE

SUSCRIPCIÓN ANUAL 2004

(2 ejemplares):

Argentina, \$ 50

América Latina, U\$S 22

EE.UU. - Europa - Otros, U\$S 25

VALOR DE EJEMPLARES

SUELTOS:

Argentina, \$ 27

América Latina, U\$S 12

EE.UU. - Europa -

Otros, U\$S 15

Por favor, remitir el presente cupón de suscripción a:
Instituto de Bioética Pontificia Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400 C1107AFB - Buenos Aires Argentina
O vía fax al: (+54 11) 43490284