

# VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 9 N ° 1 J U N I O 2 0 0 8

**INSTITUTO DE BIOÉTICA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS  
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](http://www.bioetica.com.ar)

**EJEMPLAR**  
ARGENTINA \$35.-  
EXTERIOR U\$S27.-

**SUSCRIPCIÓN ANUAL**  
ARGENTINA \$62.-  
EXTERIOR U\$S50.-

**DIRECCIÓN** Alberto G. Bochatey

**COORDINACIÓN  
PERIODÍSTICA** Marina López Saubidet  
María Candela Dodero

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

**AÑO** 2008

**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.

La revista se reserva los derechos de autor y el derecho de reproducir los artículos  
enteros en otros medios impresos y/o electrónicos.



# SUMARIO

## ARTÍCULOS *pág. 09*

*pág. 35*

*pág. 65*

## OPINIÓN Y COMENTARIOS *pág. 81*

*pág. 97*

## DOCUMENTOS NACIONALES *pág. 123*

*pág. 125*

*pág. 127*

*pág. 131*

## DOCUMENTOS INTERNACIONALES *pág. 135*

*pág. 139*

*pág. 145*

*pág. 149*

*pág. 153*

## CRITERIOS EDITORIALES *pág. 171*

### LA SEDACIÓN PALIATIVA ANTE SÍNTOMAS REFRACTARIOS

Revisión de datos bibliográficos

*Hno. José Molina, S.J.*

### DE LA JUSTICIA A LA SOLIDARIDAD. HACIA UN NUEVO PARADIGMA

*Pbro. Mgt. Andrés Toledo*

### DEONTOLOGÍA MÉDICA Y "REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA"

*P. Angelo Serra, S.I.*

### INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA, BIOÉTICA Y BIODERECHO

*Dr. Francisco José Ballesta Ballester, L.C.*

### EUTANASIA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD

*Dr. Ramiro D. Borges de Meneses*

### ADVIERTEN SOBRE LA DESPENALIZACIÓN

*Publicado en La Nación*

### ABORTO: DEBATES SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS BEBÉS PREMATUROS

*Gacetilla del Servicio a la Vida (SEVI)*

### "EUROPA DEBE REVISAR SUS POLÍTICAS ABORTISTAS"

*Publicado en La Nación*

### ANTE LA APROBACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS CURRICULARES PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

*Comunicado de la Comisión Episcopal de Educación  
Católica de la Conferencia Episcopal Argentina*

### DISCURSO DE S. S. BENEDICTO XVI

*Sesión Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe*

### DISCURSO DE S. S. BENEDICTO XVI

*XIV Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida*

### CONGRESO INTERNACIONAL: "JUNTO AL ENFERMO INCURABLE Y AL QUE MUERE: ORIENTACIONES ÉTICAS Y OPERATIVAS"

*Declaración Final de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida*

### DISCURSO DE S. S. BENEDICTO XVI

*A la Asamblea Plenaria del Consejo Pontificio para la Familia*

### DISCURSO DE S. S. BENEDICTO XVI

*Congreso del Instituto Pontificio Juan Pablo II para estudios sobre el Matrimonio y la Familia*

### CRITERIOS PARA PUBLICAR EN VIDA Y ÉTICA

**Gran Canciller**

Card. Jorge Mario Bergoglio, S.J.

**Rector**

Mons. Dr. Alfredo H. Zecca

**Vicerrector**

Lic. Ernesto José Parselis

**Decano**

**Facultad de Ciencias Médicas**

Dr. Carlos B. Álvarez

**Director**

**Instituto de Bioética**

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

**Coordinador**

**Instituto de Bioética**

Pbro. Rubén Revello

**Investigadores**

Dra. Lilian Gargiulo

Dr. Gerardo Perazzo

**Colaboradores del Instituto**

Pbro. Dr. Luis Alfredo Anaya

Dra. Zelmira Bottini de Rey

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

Dr. Nicolás Lafferièrè

Dra. Ma. Liliana Lukac de Stier

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. Maria 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. Hna. Elena Lugo, CSFN, RN, PhD.

Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier

Prof. Dr. Gérard Memeteau

P. Gonzalo Miranda, L.C.

Edmund Pellegrino, MD, Ph.D.

P. Dr. Angelo Serra, S.I.

S.E.R. Mons. Elio Sgreccia

Prof. Juan de Dios Vial Correa

# MAESTRÍA EN ÉTICA BIOMÉDICA



Director: P. Mgt. Alberto Bochatey, O.S.A.

Objetivo: dar una formación de posgrado calificada a profesionales interesados en el área de bioética en relación con el respeto y la dignidad que se le debe a la persona humana.

Dirigido a: profesionales de todas las carreras con título de grado interesados en Bioética.

Duración: 2 años (4 módulos temáticos)

Inscripción por módulo

Horario: - ocho encuentros de tres días al año  
- dos semanas intensivas al año

## Programa:

### MÓDULO I

#### BIOÉTICA Y PRINCIPIOS

Filosofía Moral

Teología Moral

Antropología Filosófica

Bioética y Principios

Bioderecho

Seminario Metodología I

### MÓDULO II

#### BIOÉTICA E INICIO DE LA VIDA

Filosofía Moral

Teología Moral

Antropología Filosófica

Bioética e Inicio de la Vida

Bioderecho

Seminario Metodología II

### MODULO III

#### BIOÉTICA, BIOTECNOLOGÍAS Y SOCIEDAD

Antropología Filosófica

Deontología Médica

Bioética, Biotecnologías y Sociedad

Bioderecho

Psiquiatría

Seminario Metodología III

### MÓDULO IV

#### BIOÉTICA Y ALIANZA MÉDICO-PACIENTE

Filosofía Moral

Teología Moral

Deontología Médica

Bioética y Relación con el Paciente

Bioderecho

Psiquiatría

Seminario Metodología IV



# UCA

Instituto de Bioética

Facultad de Ciencias Médicas - UCA

Av. Alicia Moreau de Justo 1400

Ciudad de Buenos Aires

Tel.: + 5411 4338.0634 | E-mail:

bioetica@uca.edu.ar

Web: [www.uca.edu.ar/bioetica](http://www.uca.edu.ar/bioetica)



# EDITORIAL

Estimados/as amigos/as de *Vida y Ética*:

Los temas sociales de vida, muerte y justicia han ido creciendo cada vez más en nuestro discurso bioético latinoamericano y caribeño. Al mismo tiempo, la fundamentación en el planteo bioético, su método y procedimiento, es una preocupación de nuestra revista y nuestro *Instituto de Bioética* desde el mismo inicio de ambos.

Sabemos que en bioética tenemos que transitar y respetar al menos dos momentos muy importantes: uno, el referido al análisis de los argumentos que dan razón de los principios a sostener y otro, más práctico, que se ocupa de la aplicación de tales principios en la vida práctica. Sería inviable una bioética que no se pudiera aplicar a lo práctico, y ciego un método que no tuviera razones para sostener sus compromisos con los fines. Los aspectos normativos pretenden universales y el acuerdo racional supone ideales de vida buena que permitan el logro de objetivos de perfección. [1]

Es así que hemos querido presentarles una tesis sobre "Sedación paliativa ante

[1] Cft. ALARCOS, Francisco J., *Bioética global, Justicia y Teología Moral*, Bilbao, Comillas y Desclée de Brouwer, 2005, pp. 22-23.

síntomas refractarios" y otra titulada "De la justicia a la solidaridad". Así cumplimos con el objetivo propuesto desde hace muchos años de dar a conocer autores argentinos de bioética y sus tesis de maestría. Autores de campo que han sabido detenerse para obtener su posgrado en Bioética y para escribir, con finalidad práctica, trabajos teóricos.

También encontrarán un exquisito artículo del Prof. Angelo Serra (seguiremos con la colección de sus artículos) sobre deontología médica e inicio de vida asistido. Estamos seguros de hacer conocer un subsidio original, profundo y práctico.

Los desafíos culturales actuales nos exigen a todos "el valor de asumir un nuevo estilo de vida que se manifieste en poner como fundamento de las decisiones concretas –a nivel personal, familiar, social e internacional– la justa escala de valores: *la primacía del ser sobre el tener, de la persona sobre las cosas*". [2] Será muy positivo y de gran servicio a la sociedad si todos los que hacemos o nos interesamos por la Bioética ayudamos a reflexionar y valorar proyectos, documentos, artículos y demás instancias de pensamiento con un procedimiento y método rigurosos y ordenados, a partir de un conocimiento exhaustivo y serio de los fundamentos.

Hace tiempo que desde la redacción de *Vida y Ética* teníamos en estudio la posibilidad de hacer disponible nuestra revista, además de en la tradicional forma impresa (que no suspenderemos), también en formato digital. No era fácil la tarea y requería de mucho profesionalismo y seriedad. Hoy podemos anunciarles con alegría que junto con y gracias a la ayuda de la Pontificia Universidad Católica Argentina, estamos por alcanzar esta meta. Se ha firmado un convenio con el grupo editorial EBSCO, quienes procesarán los datos y los integrarán a la base "Fuente Académica", junto con una colección restringida de revistas iberoamericanas, en lengua española exclusivamente.

Como ven, queridos/as amigos/as, seguimos caminando con novedades y creatividad, al mismo tiempo que con el compromiso entusiasta de un trabajo humilde y sereno, pero sin traicionar nuestros objetivos y metas fundacionales y las exigencias y peticiones del número cada vez más creciente de alumnos y usuarios de nuestro *Instituto de Bioética* de la UCA.

Muchas gracias y buena lectura...

**P. Mgt. Alberto G. Bochaty, O.S.A.**  
 Director

---

[2] JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae*, Ciudad del Vaticano, Librería Editrice Vaticana, 1995, p. 99.

# LA SEDACIÓN PALIATIVA ANTE SÍNTOMAS REFRACTARIOS

## Revisión de datos bibliográficos

### Hno. José Molina S.J.

- Médico Cirujano (Universidad Nacional del Nordeste)
- Magister en Ética Biomédica (Pontificia Universidad Católica Argentina)

### Palabras clave

- Sedación paliativa
- Cuidados paliativos
- Eutanasia
- Fin de la vida

## RESUMEN

La sedación paliativa profunda, indicada por un equipo de Cuidados Paliativos, sólo puede ser propuesta como último recurso, ante la presencia de síntomas refractarios. El objetivo principal de la sedación paliativa es en último caso, el alivio del distrés mental generado por los síntomas de la enfermedad.

La sedación paliativa no es una eutanasia encubierta, puesto que las diferencias recaen tanto en la indicación, el procedimiento, el resultado. En la sedación, el profesional indica drogas para sedar al paciente con la intención de aliviar el sufrimiento del enfermo frente a determinados síntomas. En la eutanasia, el objetivo es provocar la muerte del enfermo para liberarlo de los sufrimientos. Cuando la sedación es profunda se pierde la vida conciente, mientras que la eutanasia elimina la vida física.

## INTRODUCCIÓN

El debate mundial que se ha dado y se sigue dando en el ámbito de los cuidados a los enfermos terminales durante los últimos años acerca de la eticidad y licitud de la interrupción de las medidas de soporte vital en estos pacientes, permitió volver a mencionar aquellos temas relacionados con la eutanasia; entre éstos se encuentra la utilización de la sedación paliativa.

La sedación paliativa profunda de los pacientes terminales es un objeto de discusión actualmente y se ve reflejado en distintas publicaciones sobre cuidados paliativos.

Como se sabe, la Bioética del final de la vida tiene como objetivo, en lo que respecta a la relación asistencial con el enfermo terminal cualquiera sea su patología, la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, siempre que se originen conflictos. Es decir, la Bioética entrará en acción cuando aparezca la posibilidad de elegir entre varias opciones, que a veces son completamente contradictorias. Por lo tanto, el dilema bioético consistirá en discernir la forma más adecuada para tomar la mejor decisión y asegurar una praxis correcta.

Los dilemas bioéticos más habituales en los cuidados paliativos recaen sobre el tema de la toma de decisiones, aspectos de comunicación e información, voluntades anticipadas o consentimiento informado, nutrición e hidratación al final de la vida. La sedación paliativa profunda y continua constituye un dilema por estar equiparado con la eutanasia; dicha equiparación podría ser falsa o verdadera, esto dependerá de la intención y de las consecuencias con que se realice el acto de sedar y, por ende, de la concepción antropológica de persona que se tenga.

En los cuidados paliativos, la administración de fármacos sedantes no supone un problema ético cuando éstos son administrados correctamente y con el consentimiento de la persona enferma, pero en aquellas situaciones en que aparecen síntomas refractarios a los tratamientos habituales y/o problemas psicológicos en los que cabe contemplar la sedación paliativa continua y profunda como la única posibilidad terapéutica, suelen generar dudas, irresoluciones del problema, vacilaciones, incertidumbre y abandono del paciente.

El presente trabajo trata de revisar algunos escritos sobre este tema, para conocer y argumentar los fundamentos éticos y clínicos donde podría apoyarse el profesional médico ante aquellas situaciones que se le plantean como es el caso de la sedación paliativa continua y profunda o no.

En un primer momento se expondrá el aspecto médico donde se tratará de demostrar su validez científica; para ello se hace referencia a: lo que habría que superar en cuanto a los malentendidos que existen al final de la vida, las actitudes del profesional que debería tener cuando éste se relaciona con los enfermos terminales, el porqué concebir a la medicina paliativa como aquella rama de la ciencias médicas capaz de controlar los síntomas del hombre muriente y de su entorno; luego se define lo que signi-

fica la sedación paliativa y las diferencias entre los distintos tipos de sedación y los objetivos de la sedación; por último se expone una breve conclusión que haga notar los aspectos biomédicos más importantes.

Posteriormente, se profundiza acerca del significado antropológico de este hecho médico. Se analizan aquellos valores que se ponen en juego en relación con la vida, con la integridad y la dignidad de la persona y se afirma nuestra concepción ontológica de la persona enferma, su sufrimiento y el cuidado en el alivio del mismo. De este modo, se interpreta la sedación paliativa correctamente aplicada como un medio de cuidado y alivio. Finalmente, a partir de esta mirada antropológica del hombre enfermo, se determinan los valores que se van a defender y el modo de tipificar la acción de sedar.

## A) ASPECTOS MÉDICOS DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

### 1. Elementos a superar en torno del final de la vida

Desde el punto de vista de la medicina paliativa, la muerte es un momento y el morir es un proceso biológico y personal a la vez. La característica del ser humano es enterrar a sus muertos y vivir el duelo con signos rituales. El ser huma-

no muere y sabe que morirá pero desconoce cuándo y sabe que prever su muerte influye sobre su vida; en cambio el animal perece, no sabe cuándo ni dónde ni puede preverlo. Por lo tanto, a la muerte hay que dejarla llegar sin empeñarse en prolongarla artificialmente durante la agonía y no tener temores de usar analgésicos y todos los recursos paliativos necesarios para aliviar el sufrimiento y el dolor. [1]

Con esta visión se podrían aclarar aquellas tergiversaciones sobre la terminalidad de la existencia del hombre, como podrían ser los siguientes errores:

- considerar a la vida corporal como un valor absoluto. "Existe un valor moral en dar la vida por otras personas y no estamos obligados a mantener la vida a toda costa con medios desproporcionados. Se puede mitigar el dolor o aquellos síntomas incontrolables con medios comunes, con aquellas drogas que alivien aún cuando aceleren el proceso de morir."

- atender sólo al llamado momento de la muerte descuidando el proceso de morir.

- absolutizar el dolor y rendir culto al sufrimiento. Pío XII en el discurso del 24 de febrero de 1957 a los anestesiólogos, dijo que tenemos el derecho a evitar el dolor

físico y que la persona cristiana no tiene nunca la obligación de aceptar el dolor por el dolor.

- hablar de muerte digna en vez de decir vida digna hasta el mismo momento antes de morir. Lo correcto sería hablar del derecho a ser tratado con respeto en la dignidad que posee toda persona por ser un atributo recibido. Richard McCormick hace una referencia a aquellas situaciones donde el paciente no acepta tratamientos agresivos y se dispone a aceptar el beneficio de lo paliativo; para esto decía: "no estamos escogiendo la muerte, sino cómo vivir mientras vamos muriendo". Por lo tanto, el derecho a morir debe ser un derecho a escoger cómo vivir mientras se acerca a uno la muerte.

Estas mínimas aclaraciones nos permitirían adoptar ciertas actitudes ante el enfermo muriente, a la hora de optar por una sedación paliativa profunda.

## **2. Las actitudes de los profesionales de la salud ante el final de la vida**

Las opciones que el médico o los profesionales de la salud toman ante un enfermo al final de su existencia parten de cuatro actitudes personales que se originan en el contacto de éste con el

---

[1] Cfr. COBO MEDINA, C., *Ars moriendi, vivir hasta el final*, Madrid, Ed. Díaz de Santos, 2001.

enfermo: abandono, lucha, finalización y acompañamiento.

La actitud de abandono es aquella que lleva al profesional a desentenderse de la persona que sufre. En caso del enfermo terminal, es el desentenderse de éste, que no tiene expectativa de seguir viviendo. Junto con el desentenderse va el delegar la responsabilidad a otros para que lo atiendan o lo cuiden.

La actitud de lucha pasa por dos razones opuestas entre sí, por un lado la primacía del derecho a morir o del aprecio exagerado del valor de la vida y, por otro lado, el equilibrio entre dos valores, el respeto a la vida y el derecho a morir dignamente. El hacer prevalecer el derecho a morir, sin respetar la vida humana, es el caso de la eutanasia y el hacer prevalecer el aprecio exagerado de la vida, que no lleva a respetar el derecho a morir dignamente, se da en el encarnizamiento terapéutico. Por otro lado, se encuentra la realización del doble valor, del respeto a la vida y del derecho a morir dignamente, que sería la actitud correcta.

La actitud de finalización y la actitud de acompañamiento son consecuencias de la razón que prevalece en la lucha interior del profesional de la salud. La actitud de finalización adoptada por el profesional entiende que el mejor modo

de aliviar al enfermo es dar una salida a la situación que atraviesa, o sea, al sufrimiento. Y la salida es facilitarle o provocarle el fallecimiento, en respuesta a su solicitud. La actitud de acompañamiento pasa por buscar alternativas sin abandonar al enfermo, empleando los medios proporcionados a la situación en que vive y a su pronóstico. En esta actitud se fundamentan los cuidados paliativos, y por ende el acto de la sedación paliativa profunda. Esta actitud surge del respeto a la vida y del derecho a morir dignamente que tiene toda persona.

### 3. La medicina paliativa

El Comité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer define a los cuidados paliativos como: "la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo".[2]

Esta respuesta positiva de la Medicina Paliativa hacia el hombre muriente, tiene

[2] Citado por GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina paliativa en la cultura para América Latina*, Madrid, Arán, 1999, p. 164.

características específicas que la distinguen de otras modalidades y especialidades médicas, como ser: a) está centrada en la persona más que en la enfermedad; b) la vida y la muerte son procesos normales; c) no adelanta ni pospone el momento de la muerte; d) provee el alivio del dolor y otros síntomas estresantes; e) ofrece un sistema de apoyo para sostener la calidad de vida, la mejor posible, hasta el momento de la muerte; f) trabaja no sólo con la persona enferma, sino también con la familia y con un equipo profesional.

Cabe mencionar al respecto la base de la terapéutica de la Medicina Paliativa, propuesta por la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) en el año 1993, es la siguiente:

1. El enfermo y su familia son la unidad a tratar.
2. La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo.
3. Concepción terapéutica activa.
4. Importancia del ambiente que rodea al enfermo y su familia.
5. Atención integral.

#### 4. Aspectos clínicos de la sedación paliativa en cuidados paliativos

##### a) Enfermedad terminal

La enfermedad terminal se define como "enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, e impacto emocional, pérdida de autonomía física, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva" [3], cuyo último estadio es la situación de agonía, es decir la que precede a "la muerte, cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días". Más concretamente, como enfermedad terminal podríamos calificar a aquella en la que la esperanza de vida es no superior a dos meses. En consecuencia, la agonía sería el último estadio de la enfermedad, luego sobreviene la muerte, cabe entender, "el afectado por unas condiciones incurables, que en razonable opinión facultativa producirán la muerte. Es aquí donde radica la diferencia

---

[3] SECPAL, *Declaración sobre la atención médica al final de la vida*, Madrid, 11.02.2002. Cfr. SANZ ORTIZ, J., GÓMEZ BATISTE, X., GÓMEZ SANCHO, M., *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993, p.10.

entre el enfermo terminal y el incurable; en este último no es posible una predicción de muerte a corto plazo". [4]

En síntesis, una enfermedad es considerada terminal cuando tiene en cuenta los siguientes elementos: [5]

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de disponibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

#### b) Agonía

Se la define como "aquel estado que precede a la muerte en aquellas situaciones en que la vida se extingue gradualmente" [6]; y se manifiesta por un deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad en la relación y en la ingesta. Tiene un pronóstico vital de días en el curso de una enfermedad terminal.

Para realizar correctamente el diagnóstico de esta fase se deben buscar los signos y síntomas y luego registrarlos en la historia clínica, los cambios de los síntomas previos (disnea, dolor, etc.), y los nuevos síntomas que pueden aparecer como el *delirium*, la insuficiencia circulatoria periférica, los trastornos respiratorios, la atonía muscular y otros.

A partir de la identificación de los síntomas y de su registro, se produce un cambio en la actitud profesional que debería evolucionar desde un intervencionismo terapéutico, que caracteriza la fase previa a la fase agónica, a la aplicación del tratamiento y un plan de cuidados de sus necesidades humanas.

Cuando el enfermo ha tenido un buen control de los síntomas previos a la agonía, ocurre normalmente un deterioro progresivo del estado físico general, con pérdidas más o menos evidentes del estado de conciencia. En cambio, si el enfermo presentó síntomas refractarios o de difícil manejo antes de la agonía, frecuentemente, éstos persisten y se agravan con la aparición de otros nuevos.

[4] SUÁREZ ÁLVAREZ J., *Decisiones conflictivas en la unidad de cuidados intensivos: ¿Eutanasia y distanasia o asistancia integral en la agonía?*, Madrid, Noesis, 1996, pp. 466-7.

[5] SANZ ORTIZ, J.; GÓMEZ BATISTE, X. y GÓMEZ SANCHO, M., *Cuidados Paliativos, Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, op. cit., p. 10.

[6] *Diccionario Médico Salvat*, undécima edición, Barcelona, 1977.

## 5. Sedación en cuidados paliativos

Se entiende por sedación a la "administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objeto de controlar algunos síntomas" [7]; forma parte del cuidado paliativo al enfermo terminal o agónico.

Son tres las situaciones en que la sedación puede estar indicada:

- Ante la necesidad de un procedimiento de diagnóstico o terapéutico doloroso o distresante.
- Para tratar un síntoma físico o psicoemocional refractario o de difícil manejo fuera del período de agonía.
- Para tratar un síntoma físico o psicoemocional refractario en un paciente agonizante.

La sedación paliativa es planeada como una medida terapéutica de alivio.

La sedación puede o no implicar la pérdida de la conciencia del enfermo en forma permanente; tal es así que en cuidados intensivos los sedantes son controlados y ajustados de acuerdo con los objetivos propuestos para cada paciente, de modo que permitan la relajación y el despertar rápido.

Para evitar controversias sobre la sedación, tanto en su concepto como en el procedimiento de la misma en el marco de la Medicina Paliativa, se tratará de facilitar la comprensión, con la ayuda de ciertas situaciones clínicas que pueden darse en un enfermo terminal:

a) Primer caso: Ante la necesidad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico doloroso o distresante. La administración de un sedante tiene por objeto garantizar el mínimo malestar durante la realización del procedimiento. Previamente se debe comunicar al enfermo y a su familia para obtener el consentimiento de lo que se va a realizar y sus razones. El nivel de la conciencia del enfermo se va disminuyendo de acuerdo con la respuesta del paciente. Por último se debe dejar constancia en la historia clínica sobre las prácticas realizadas en el paciente para garantizar la correcta toma de decisión, el modo de ejecución del procedimiento y el resultado obtenido. Ese tipo de sedación se llama sedación paliativa transitoria.

b) Segundo caso: para tratar un síntoma físico o psicoemocional refractario fuera del período de agonía, como ser una disnea o crisis de pánico, donde el

---

[7] COMITÉ ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos*, España, publicado por el Centro de Documentación de la Universidad de Navarra, junio 2002, p. 10.

médico constata que el distrés persiste y que no responde a los tratamientos disponibles. El equipo considera que se está delante de una refractariedad del síntoma y prescribe la sedación. En este caso, la sedación tiene por objetivo disminuir el distrés psicológico producido por la percepción de amenaza de muerte. Antes de proceder, el equipo solicita el consentimiento del paciente o de su familia después de haber recibido una información clara acerca de la nueva estrategia terapéutica. En esta situación, todas las maniobras terapéuticas llevadas a cabo surgidas de la toma de decisiones, las drogas utilizadas y los resultados obtenidos, deben quedar registradas en la historia clínica.

Como se observa, esta situación no habla de una muerte inminente, pero sí marca que se está ante un enfermo frágil y grave, con rápido deterioro de su estado general a consecuencia de la progresión de la enfermedad o de su estado metabólico. Este tipo de sedación se llama Sedación Paliativa por Causas Psicológicas.

Hay situaciones en que se debe sedar, como en las emergencias. La sedación por emergencia se da cuando ocurren situaciones agudas, inesperadas y mortales; se debe sedar al paciente en forma rápida. En este caso el médico debe garantizar el confort del enfermo a través de la sedación, más allá de obtener el consentimiento informado.

c) Tercer caso: frente a un paciente en fase agónica. Tanto el enfermo como el equipo tratante y sus familiares ven la muerte como un hecho inminente. Es muy frecuente que este paciente se encuentre con una falla en la cognición, perciba dolor, disnea, delirio, se encuentre muy agitado. Los síntomas de la agonía se suponen que son refractarios, puesto que no se tiene tiempo para probar o intentar aquellos tratamientos con que se cuenta. Por lo tanto, el tratamiento indicado es la sedación (superficial o profunda). En este estado y ante la estrategia por utilizar, es necesario involucrar a la familia en la toma de la decisión para obtener su consentimiento, en el caso en que el paciente no pueda hacerlo. Este tipo de sedación se llama sedación en la agonía.

## 6. Concepto de sedación paliativa

De acuerdo con los ejemplos citados en el apartado anterior se podría definir lo que significa la sedación paliativa y la sedación paliativa en la agonía:

a) La sedación paliativa: consiste en la "administración deliberada de una droga, en las dosis y combinaciones requeridas, para disminuir la conciencia de una persona con una enfermedad avanzada o terminal pero con expectativa de vida de semanas o meses, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios;

ello se produce con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente". [8] La sedación paliativa puede ser una sedación continua o intermitente, superficial o profunda.

b) La sedación paliativa en la agonía: consiste en la "administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (horas o días de vida). Ello se produce con el consentimiento explícito, implícito o delegado por el paciente". [9] Este tipo de sedación puede ser continua, superficial o profunda.

Según la propuesta de varios autores, la sedación paliativa se clasifica teniendo en cuenta:

a) El objetivo:

- Sedación primaria: ocurre cuando la intervención terapéutica apunta a la disminución de la conciencia de la persona enferma.

- Sedación secundaria: ocurre cuando se administra una droga para tratar

algún síntoma y produce una disminución de la conciencia del enfermo como efecto colateral.

b) La duración en la administración:

- Sedación intermitente o discontinua: es aquella que oscila entre períodos de vigilia y de somnolencia. Este modo de sedar no presenta controversias éticas.

- Sedación continua: el paciente tiene una disminución permanente del nivel de conciencia.

c) La intensidad:

- Sedación superficial: el paciente se encuentra en relación con el medio que lo rodea a través de la comunicación verbal o no verbal.

- Sedación profunda: el paciente no se encuentra en relación con el medio que lo rodea, porque presenta un estado de inconsciencia y no puede interactuar con el medio que lo rodea.

Hablar de sedación terminal y sedación paliativa indistintamente acarrea problemas; esto lo vemos reflejado en las estadísticas de diferentes centros de Cuidados Paliativos [10] [11]; por lo tanto, estamos de acuerdo con diversos

---

[8] Cfr. BROECKAERT, B., NÚÑEZ OLARTE, J.M., "Sedation in Palliative Care. Facts and Concepts", *Palliative Medicine*, (1998), pp. 126-8.

[9] PORTA J., et al., "Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano balear", *Medicina Paliativa*, 6, (1999), pp. 108-115.

[10] STONE P. y PHILLIPS C., "A Comparison of the Use of Sedatives in a Hospital Support Team and in a Hospice", *Palliative Medicine*, 11, (1997), pp. 140-144.

[11] CHATER S. y VIOLA R., "Sedation in Tractable Distress in *the Dying*", *Palliative Medicine*, 12, (1998), pp. 255-269.

autores que proponen que es necesario hablar de sedación paliativa y dejar de lado el concepto de sedación terminal. De esta manera, se pone en claro que la sedación paliativa es un medio terapéutico que no termina con la vida del enfermo, es decir, que no es una sedación terminal, como sostienen algunos especialistas en cuidados paliativos. [12]

En manos de especialistas en cuidados paliativos expertos en atención de síntomas al final de la vida, no existe el concepto de "síntoma de difícil manejo o control, cosa que ocurre en manos inexpertas, pero sí existe el concepto de síntoma refractario al tratamiento. [13] De esta manera, se deja en claro que la sedación paliativa no está indicada como opción terapéutica en el control de los síntomas de difícil manejo. [14]

Por último, la sedación paliativa en un enfermo, dentro o fuera del período de agonía, es un medio eficaz en cuidados paliativos. Ahora bien, como en el caso de cualquier tratamiento o técnica, en sí mismo no es bueno ni malo, puesto que la bondad o malicia del mismo depende de la intención y del fin con que se los usa, es decir, de las indicaciones

reales del procedimiento y la proporcionalidad entre la maniobra desarrollada y la causa que lo motiva.

## 7. Objetivos clínicos de la sedación paliativa

La sedación paliativa es utilizada en varias situaciones clínicas como ser: dolor, *delirium*, disnea, hemorragias, náuseas y vómitos, angustia, depresión, pánico, etc., síntomas que son refractarios al tratamiento. Existe un tiempo razonable para aplicar los esfuerzos en el control de ellos, que estaría dado por la situación clínica del paciente; podría decirse entonces que el tiempo razonable para aplicar la sedación debe contar con un juicio clínico adecuado y, si es posible, con el consentimiento del enfermo.

El objetivo que tiene la sedación en estas situaciones clínicas, más allá de algún efecto directo sobre centros orgánicos conocidos dado por la droga para la anulación del síntoma, es obtener un estado mental de calma y no tiene por objetivo la muerte del enfermo ni la prolongación de la vida. El objetivo propuesto antes de sedar puede medirse cuanti-

[12] BRAU T. et al., "Sedation for Intractable Symptoms in Palliative Care", (Abstract 13 - Congreso Internacional de Cuidados del Enfermo Terminal, Canadá), *Palliative Care*, 16, (2000), p.88.

[13] Cfr. NÚÑEZ OLARTE, J., et al., "Protocolo del manejo del dolor refractario en la UCP del Hospital Marañón de Madrid", *Medicina Paliativa*, 4, (1997), pp. 81-92.

[14] JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un congreso sobre tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo*, 20 de marzo de 2004. Disponible en [www.vatican.va](http://www.vatican.va)

tativamente a través de escalas de sedación, como ser, la Escala de Ramsay donde se evalúa la ansiedad, la agitación y el nivel de conciencia.

## **8. La anulación del contenido de la conciencia**

El contenido de la conciencia es lo que en definitiva se va a anular con la sedación continua y profunda; éste es el objetivo propuesto para aliviar el sufrimiento causado por un síntoma refractario de origen físico o psicológico.

Desde el punto de vista neurológico, una persona está consciente cuando es capaz de percibirse a sí misma y de percibir los hechos que la rodean. Por lo tanto, el estado de conciencia de una persona depende de una integridad de las funciones hipotalámicas y autonómicas del tronco cerebral, y las funciones del tronco cerebral son: generar la capacidad de conciencia, ser sede de los núcleos de origen de los pares craneales y pasaje de las principales vías sensitivas y motoras. En cambio, aquella persona que no muestra evidencia de respuestas sostenidas, reproducibles, intencionales o del comportamiento voluntario a estímulos visuales, auditivos, táctiles o dolorosos, podría decirse que no está consciente de sí misma y del medio ambiente que la rodea. Teniendo en cuenta lo descrito, se puede sintetizar el estado clíni-

co de una persona sedada con fármacos: presenta una ausencia de autoconciencia, puede permanecer con hipersomnolia o tener ciclos de vigilia y sueño, tiene conservada la función motora, no tiene experiencia de sufrimiento, no está alterada la función respiratoria, la actividad electroencefalográfica y el metabolismo cerebral dependen de su enfermedad.

Al inicio se ha dicho que la sedación paliativa tiene por objeto la anulación del contenido de la conciencia, es decir que la capacidad de la conciencia no es alterada por la droga. Con esto se quiere marcar la diferencia que existe entre "contenido de conciencia" y "capacidad de conciencia", y esto se halla en el sitio de producción: el tronco cerebral es responsable de la capacidad de conciencia, en cambio, la corteza cerebral, del contenido de la conciencia. Esta diferencia pone de relieve que la persona enferma que recibe fármacos sedantes para establecer una sedación continua y profunda para así aliviar el sufrimiento corre el riesgo de afectar la conciencia, pero no la capacidad de la misma.

De todo lo anterior surge la pregunta, ¿la falta del contenido de conciencia deshumaniza a la persona? ¿La sedación deshumaniza al enfermo? Y la respuesta es no, ya que la inconsciencia provocada por sedantes en una persona enferma no deshumaniza ni le hace perder su dignidad. Cuando este estado inconsciente

responde a ciertas indicaciones que favorecen el control de los síntomas refractarios después de haber utilizado todos los recursos disponibles y proporcionados para solucionar el síntoma que no le permite el bienestar; sólo puede ser aceptado, en este sentido, como un mal menor. El Papa Juan Pablo II en uno de sus discursos sobre estado vegetativo emitido en el año 2004 dijo lo siguiente con respecto a la persona enferma: "Siento el deber de reafirmar 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 un animal" [15]. Con este discurso Juan Pablo II confirma que la dignidad de la persona no está en sus actos ni en lo que realiza; la dignidad está dada por lo que es, por lo tanto, la persona inconsciente por la enfermedad o por las drogas que recibe, aunque incapaz de relacionarse con la realidad, no pierde su dignidad de persona.

## B) ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

El propósito de examinar este punto es marcar los valores que se ponen en juego

en relación con la vida, con la integridad y la dignidad de la persona humana.

### 1. La sedación paliativa aplicada al enfermo que sufre por síntomas refractarios

Sedar a un enfermo próximo a morir es una situación que interroga al equipo de salud y a quien se le reclama una respuesta que abarque a toda la persona. Esta respuesta bien podría darse teniendo como base ciertos criterios antropológicos donde la concepción de persona tenga un sentido ontológico o esté ordenada según el ser. Al tener estos fundamentos, la acción médica no queda centrada en procedimientos y análisis conceptuales que sólo ponen énfasis en la toma de decisión, donde se tiene por sustento ciertos criterios y condiciones necesarias para ejecutar la acción, pues esto deja de lado el significado de dignidad y de trascendencia que tiene toda la persona.

Sgreccia hace referencia, en un artículo publicado en la revista *Humanistas* de la Universidad Católica de Chile (n° 15), a una obra de Gayling ("La perversión de la autonomía") donde este autor menciona que existe una perversión en el concepto de autonomía del paciente que no respeta su realidad de relación, ni la

[15] LEVINAS, E., *El tiempo y el otro*, Barcelona, Ediciones Paidós, 1993, pp. 109-110.

autonomía del médico; la relación médico/paciente se desnaturaliza y envilece en una dinámica cliente/técnico; el consentimiento informado, lejos de ser el lugar donde se constituye la alianza terapéutica, se transforma en un elemento de resguardo jurídico del médico; la economía sanitaria, en vez de ser una ciencia dirigida a encontrar los recursos necesarios para asistir al enfermo, se transforma en un índice cualitativo de la productividad del enfermo. Teniendo en cuenta esto, cabe pensar que el morir de una persona puede llegar a ser el último evento de la vida, absurdo de por sí, por cual no se llegó a comprender su significado.

Considerando todas estas razones, se podría llegar a pensar que la asistencia al paciente moribundo con el acto de sedarlo requiere la aplicación de lo técnico, apoyada sobre fundamentos antropológicos, y de esta manera, se podría restablecer en el hombre el verdadero sentido de su vida y de su muerte según la verdad.

Por lo tanto, no se puede practicar un acto terapéutico, como es la sedación paliativa, sin considerar todas las dimensiones de la persona enferma, de lo contrario se estaría condicionando el valor objetivo de la vida humana a índices estadísticos o a un mero pragmatismo, ya sea de calidad de vida o a otros criterios técnicos, que sólo apuntan a mirar la

persona desde el placer o displacer, que sería una visión reductiva del significado de persona. Cuando ocurre esta mirada reductiva, significa que hubo una separación entre la sacralidad de la vida y la calidad de la vida del enfermo. Desgraciadamente, esta relativización deja de respetar la inviolabilidad de la vida humana.

Por último, se puede decir que el acto de sedar en las condiciones de terminalidad de la vida debe tener como principio a la persona y lo que ésta significa, es decir, como una unidad substancial (no meramente funcional) de un espíritu y de un cuerpo que se manifiesta en la capacidad de pensar y de decidir (según el momento en que se encuentra) en unidad con su cuerpo y no solamente el síntoma refractario. Teniendo en cuenta esta concepción, se puede afirmar que la persona enferma es un ser dinámico, con identidad propia expresada de un modo original a través de su personalidad en el momento de su enfermedad; es un ser integral porque en el tiempo que transcurre su agonía continúa vinculándose consigo mismo y con los demás y esta persona se encuentra orientada hacia aquellos bienes y valores que están más allá de su individualidad, del momento histórico por donde ésta transita; es ella quien en su estado de enfermedad está actualizando la realidad de sus potencialidades y dándole sentido de trascendencia a la experiencia que vive.

## 2. Consideraciones sobre el sufrimiento

La persona sufre porque es frágil y cuando sufre o cuando está enferma se da cuenta de su extrema fragilidad y heteronimia. Dice Levinas: "En el sufrimiento se produce la ausencia de todo refugio. Es el hecho de estar directamente expuesto al ser. Procede de la imposibilidad de huir y de retroceder. Todo el rigor del sufrimiento consiste en esa imposibilidad de distanciamiento. Supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser". [16] Por lo tanto, cuando uno sufre se encuentra a la intemperie, no tiene dónde recostar la cabeza, se está desnudo, se está sólo. Y en esa desnudez la persona queda expuesta al arbitrio de otros, no es dueño de sí mismo y todo le puede dañar.

Ninguna persona está libre de sufrimiento, todos los hombres temen a la muerte, al sufrimiento, al desamparo, al dolor, a la humillación, porque se siente que en cualquier momento el dolor puede llegar. Dice Teilhard de Chardin: "Dentro del vasto proceso de preparación en el que surge la vida, advertimos que todo éxito se paga necesariamente con un amplio porcentaje de fracasos. No caben progresos en el ser sin algún misterioso tributo de lágrimas, de sangre y de pecado". [17]

La vida de todo hombre viene a ser un suspiro intermedio entre dos lágrimas: la del nacimiento y la de la muerte. Pero este suspiro no es para todos los hombres igual, existen distintas formas de padecer, pero más allá de estas diferencias, hay una semejanza común en el sufrir; de ahí entonces que el sufrimiento no es unívoco ni equívoco, sino que es analógico.

La enfermedad y el sufrimiento se relacionan íntimamente, pero no se identifican; uno puede estar enfermo y no sufrir, o puede sufrir y no estar enfermo. La enfermedad en la vida del hombre es un hecho, un episodio en su historia, en cambio el sufrimiento es una vivencia que acompaña toda la vida del hombre. No se trata de un hecho puntual, sino que esta vivencia se extiende en el tiempo y en el espacio con modos y formas distintas. La enfermedad es algo discontinuo, mientras que el sufrir es continuo. Y desde esta base se puede decir que el sufrimiento es la epifanía de la fragilidad humana, es la memoria de nuestra indignancia.

El padecer es una experiencia que está muy escondida, muy oculta, muy reservada a cada uno. Es una experiencia que no se puede sondear y por esto no se la puede comprender, no hay modo racional que pueda explicar su sentido.

[16] Citado por GÓMEZ SANCHO, *Medicina Paliativa*, Madrid, Arán, 1999, p. 279.

[17] Cfr. LUGO, E., *Relación médico/paciente*, Buenos Aires, Edigraf, 2003, pp. 33-42.

De ahí que frente a esta situación misteriosa, la actitud que provoca es el silencio. Las ciencias solamente pueden explicar las razones sobre esta experiencia, pero son muy periféricas, no pueden responder al sentido último del sufrir. Y ante una falta de razón que abarque el sentido del sufrir se genera en el hombre un drama en su existencia. Él aparece sin aviso, por lo tanto el hombre no lo puede organizar, ni someterlo a ningún cálculo, porque altera de tal manera todas las dimensiones del ser, que éste es incapaz de enfrentarlo.

### C) SIGNIFICADO ÉTICO

Se trata de determinar con este examen los valores a defender y las normas de acción. La solución de este problema bioético tiene su origen en los conceptos y valores fundamentales de la persona humana.

#### 1. Aspectos éticos del morir

Como se sabe, la ética guía al hombre desde el "ser" al "deber ser". Es así que respetar la vida en el momento de la vida naciente quiere decir respetar a Dios que crea y a la persona humana tal como Él la crea; y respetar al hombre en su fase final, quiere decir respetar el encuentro del hombre con Dios, excluyendo cualquier poder de parte del hombre, tanto en el anticipar esta muerte (eutanasia),

como en el de impedir este encuentro con Dios por una tiranía biológica (ensañamiento terapéutico).

Se intenta decir con esto que el contenido ético del morir se sintetiza en dos valores:

- El respeto de la verdad del hombre, el respeto de la persona tal como ella es.
- La exigencia ética de una muerte con dignidad.

Son estos dos valores los que van a alumbrar el camino para una decisión ética ante aquellas amenazas como ser:

- El deseo de abreviar la vida del moribundo (eutanasia).
- El deseo de prolongar la vida con usos de medios terapéuticos desproporcionados (distanasia).

La conducta ética sería mantener en equilibrio los dos valores (ortotanasia).

#### 2. Requerimientos éticos clínicos para la sedación paliativa

La sedación paliativa es un acto moral. La moral es una cuestión humana central y es importante en la práctica clínica.

El acto moral es ejercido por el agente (en nuestro caso por el médico y por el enfermo que es el que consiente) y está establecido por ciertas características del agente, como por ejemplo: que tenga intención deliberada de ejercer la acción

de sedar, que examine la racionalidad de la acción y se decida por convicción a consumarla. Estas características nos indican que el que realiza la acción es autónomo y responsable de la acción que propone.

La acción de sedar a un paciente en el estadio final de su vida, como se dijo, es una práctica clínica y es en sí misma un ejercicio moral de carácter profesional, por las siguientes razones: [18]

- a) Por la naturaleza de la necesidad humana a la cual responde.
- b) Por el estado de vulnerabilidad de la persona a la cual se ofrece la asistencia.
- c) Por la expectativa de confianza que genera.
- d) Por el contrato social que supone.

La sedación paliativa debe surgir de una relación entre el médico y el enfermo, de la integración de las vivencias del médico con su paciente que origina el "mundo clínico del cuidado", dicho por la Dra. Elena Lugo. [19] Este cuidado tiene un único interés: asistir a la persona que sufre, interesarse por su bienestar y tener afinidad en lo emotivo, es decir beneficiarlo, aliviar su sufrimiento y disminuir

el impacto del dolor y la discapacidad, respetando su dignidad, su integridad, y su identidad de persona.

### 3. Principio de doble efecto

Este principio es tradicional en la teología moral. Dentro de la tradición católica, con el uso del mismo se resolvían aquellos casos en donde una acción determinada provocaba al menos dos consecuencias, una positiva y otra negativa con respecto al fin. Es decir que la acción era valorada no desde punto de vista deontológico, sino desde el punto de vista teleológico. Este principio era usado cuando la norma moral deontológica no era aplicable al caso concreto, y por lo tanto se hacía necesaria la reintroducción del criterio teleológico. [20] Tal es el problema que se plantea ante la administración de morfina, que por un lado produce alivio del dolor y, por el otro, depresión del centro respiratorio. Este acto de administrar esta droga donde se pueden seguir dos efectos (bueno y malo) es lícito. Pero la aceptación del efecto malo sin quererlo en absoluto, solo podría considerarse bajo ciertas condiciones, que son: [21]

[18] Ídem.

[19] Cfr. COMPAGNONI, F.; PIANA G. et al., *Nuevo diccionario de Teología Moral*, Madrid, Paulinas, 1992, p. 1478.

[20] Cfr. BASSO, D., *Ética*, Buenos Aires, Ed. Abeledo Perrot, 1998, p.63.

[21] Cfr. PORTA, J., *Cuidados paliativos*, Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Disponible en: [www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo8](http://www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo8)

1. La acción debe ser buena o indiferente en abstracto, siempre será ilícito realizar un acto malo aunque el efecto derivado sea óptimo.

2. Que el efecto malo no sea intentado de igual manera que el bueno, es decir, no sea también querido.

3. Que el efecto bueno especifique la acción o, por lo menos, no dependa del malo como de su causa inmediata y necesaria, pues de lo contrario el efecto malo se convertirá en un medio para conseguir el bueno y "el fin no justifica los medios"; debe darse en simultaneidad entre ambos efectos.

4. Que el daño producido por el efecto malo no supere el bien buscado con aquella acción.

Cumplidas estas cuatro condiciones puede responderse afirmativamente a la pregunta: ¿es lícito sedar a un enfermo agónico con una causa que lo justifique, en la que, además de conseguirse un efecto bueno, se consigue también un efecto nocivo? Con esta respuesta queda señalado que el principio de doble efecto muestra la relación entre la intención y las consecuencias del acto.

Habitualmente se argumenta que el bien perseguido por los profesionales de la salud es aliviar el sufrimiento causado por

el síntoma refractario por medio de la sedación. Este alivio está por encima de un mal potencial como es acortar la vida o adelantar la muerte. Aunque se entiende de este sentido al principio de doble efecto, el mismo pierde consistencia frente a la situación del enfermo doliente en agonía, y lo hace por esto: a) porque se asume que la sedación es la causa directa de la muerte del enfermo, ya moribundo, y no de otros factores concomitantes y no controlados por los profesionales, b) por asumir de entrada y por anticipado el tiempo que ha de vivir la persona enferma. En cambio, si a este principio se lo reformula de una forma realista, se tornaría consistente y la reformulación pasaría por aceptar que el bien que se persigue con la sedación es aliviar al enfermo que sufre, y el mal que no se puede evitar es la pérdida de la conciencia. [22]

Para concluir, cabe mencionar que este principio establece una acción con dos efectos o más, uno bueno (aliviar el sufrimiento intenso) y otros malos (debilidad, imposibilidad para la ingesta, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria, y otros que conducen a la larga a un acortamiento de la vida). Es correcto usarlo para justificar la sedación paliativa siempre y cuando se cumpla con las siguientes premisas:

---

[22] CALIPARI, M., "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", *Vida y Ética*, año 5 - Nº 2, (diciembre, 2004), p. 269.

- la acción de sedar no debe ser inmoral en sí misma,
- la intención debe ser aliviar el sufrimiento,
- la acción de sedar no debe conseguir el efecto bueno a partir de uno malo,
- la acción de sedar debe ser realizada debido a una causa grave, como es el síntoma refractario proporcionado; es decir que las consecuencias positivas deben pesar más que las negativas.

#### 4. Proporcionalidad/desproporcionalidad. Ordinario/extraordinario

Es necesario cuestionarse si la sedación paliativa, que en el último de los casos produce un trastorno en la conciencia del enfermo, es una técnica proporcionada o desproporcionada respecto de la situación que atraviesa el enfermo.

Pío XII en uno de sus discursos dice que no es moralmente obligatorio, para conservar la vida, recurrir a medios denominados extraordinarios, sino que basta el recurso de los ordinarios. Es bien sabido, de acuerdo con la moral católica tradicional, que las circunstancias delimitan los grados de moralidad de la actividad humana. Por ello, es ahora, en estas circunstancias históricas, cuando se debe responder a los interrogantes nuevos que

se plantean. ¿Qué se dice, por ejemplo, frente a los modernos métodos de tratamientos que la ciencia ofrece hoy para el alivio del sufrimiento? Pero también hay otra pregunta: una persona en situación de agonía, con una pésima calidad de vida, ¿debería ser sometida a tratamientos o a instrumentos para poder aplacar un síntoma refractario, o bien llegado a cierto punto, se debe sedarlo y dejarlo a su destino de muerte biológica y total y así poder utilizar todos esos recursos para que alguien pueda ser recuperado?

Maurizio Calipari propone tres etapas para valorar la proporcionalidad o desproporcionalidad de un tratamiento en la toma de decisiones: [23]

1° Etapa: corresponde al médico y a su equipo sanitario analizar la proporcionalidad o no de los medios de diagnóstico y tratamiento. El juicio se establece usando datos que son medidos a través de las escalas o estándares preestablecidos.

Al referirse a la proporcionalidad terapéutica, Calipari sostiene que: un tratamiento o un examen por realizar "sería adecuado o inadecuado, desde el punto de vista médico y técnico, con relación a alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital para el paciente". [24]

[23] Ídem.

[24] JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un congreso sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"*, op. cit., n° 4.

El tratamiento a un paciente terminal sigue siendo proporcionado en la medida en que demuestre estar adecuado a la situación clínica para alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital en el momento del examen.

Ahora bien, si se logran los objetivos médicos a través del tratamiento instituido, se puede afirmar simplemente que el tratamiento fue adecuado porque resultó ser eficaz en el logro del objetivo médico, y esta eficacia médica la evalúa el propio médico. Pero se puede dar otra situación, en la que una acción médica resulta adecuada porque logra los objetivos fijados, pero para el paciente ese logro no le significa nada, es decir, no es un beneficio que va a cambiar la vida del paciente. Resultó ser adecuada y eficaz para el médico, pero no para el paciente. Por este motivo, es necesario conocer los siguientes factores para valorar la proporcionalidad terapéutica cuando existen situaciones de objetivaciones distintas: a) Contar con los medios de conservación que se han de usar. b) Saber utilizar el medio terapéutico que se tiene. c) Conocer perfectamente la eficacia médica del tratamiento o examen a instituir. d) Conocer los efectos colaterales perjudiciales para el enfermo y los riesgos previsibles para la salud o la vida del paciente. e) En una situación determinada, saber si se cuenta con posibilidades de recurrir a alternativas terapéuticas que sean igual o de mayor eficacia. f)

Saber si se cuenta con los recursos sanitarios (técnicos y económicos) necesarios para la utilización del medio.

2° Etapa: los elementos aportados parten de la subjetividad del paciente y en caso que éste no pueda, le corresponden a su representante.

Es el paciente quien valora el medio o el objeto de conservación de la vida y es él quien tiene la libertad, según su juicio personal, de utilizar o no el medio. Entonces, un medio de conservación resulta ser extraordinario para la utilización del paciente ante las siguientes situaciones: a) Imposibilidades por parte del paciente: cuando se requiere mucho esfuerzo para alcanzar o utilizar el medio; cuando el dolor físico es insoponible; cuando los costos económicos son muy altos; ante el miedo o repugnancia a la utilización del medio. b) Cuando el paciente no quiere asumir los riesgos que el medio de conservación puede ocasionar para su salud o su vida. c) Cuando considera que el medio utilizado resulta ineficaz. d) Cuando no acepta los riesgos posibles, que podrían impedir el cumplimiento de sus deberes morales (sedación).

Se puede decir entonces que los medios extraordinarios son lícitos, pero no son obligatorios en cuanto a su uso. Pero hay situaciones en que estos medios extraordinarios se tornan obligatorios, es

decir, que se hacen ordinarios, como ser en aquellos casos donde la persona enferma tiene que cumplir ciertos deberes moralmente más graves, como la piedad, la caridad o la justicia.

Así es que se entiende en forma global por "terapéutica ordinaria" a aquellos tratamientos que incluyen los cuidados de carácter básico e imprescindible ya sea: hidratación-alimentación, medicamentos para el control de síntomas, procedimientos habituales realizados por cualquier médico y los cuidados de enfermería. Con respecto a este punto, en marzo de 2004 Juan Pablo II comentó: "...como suministrar agua y alimento, incluso cuando se hiciese por vía artificial, representan siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por consiguiente su uso habrá que considerarlo, en línea de principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida en que y hasta demuestra alcanzar su finalidad propia, que aquí consiste en procurar nutrición al paciente y alivio de los sufrimientos". [25]

3° Etapa: parte de los juicios del médico y del paciente para elegir y actuar. El médico evaluó la proporcionabilidad del medio a usar y el paciente la ordinariadad del medio a usar. De la

unión de estos dos juicios, dice Calipari, surgen cuatro posibilidades para obtener un juicio práctico:

- medios proporcionados y ordinarios (es obligatorio cumplirlos para conservar la vida)
- medios proporcionados y extraordinarios (es optativo usarlos por parte del paciente, hay casos en donde es obligatorio)
- medios desproporcionados y ordinarios (es ilícito para el médico ofrecerlos, se hace lícito cuando el paciente tiene que cumplir con deberes morales gravísimos)
- medios desproporcionados y extraordinarios (es ilícito ofrecerlos)

La última etapa consistiría en poner en práctica lo obtenido por el juicio hecho.

Por último, en referencia al texto *Declaración "lura et bona" sobre la eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe: "es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (se refiere a los medios desproporcionados) cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar tal decisión deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de su familia, éstos podrán, sin duda, juzgar mejor que otras personas si el empleo de

[25] Este texto es de: SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, DECLARACIÓN «LURA ET BONA» SOBRE LA EUTANASIA, Roma, 5 de mayo de 1980.

instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles y si las técnicas usadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos. Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina ofrece... ante la inminencia de muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícita en conciencia la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia". [26]

## 5. Eutanasia y sedación paliativa

El término eutanasia debe reservarse exclusivamente para designar aquellos actos que tienen por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible. Por su parte, el Instituto Borja de Bioética (Universitat Ramon Llull, 2005) en una declaración reciente formula lo siguiente con respecto al significado de este término: "es toda conducta de un médico u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece de una enfermedad o lesión

incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada en forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad". [27]

Teniendo en cuenta esta declaración, cabe mencionar:

a) los elementos que componen el acto eutanásico:

- Una enfermedad terminal o irreversible.
- Una persona autónoma que sufre por la enfermedad.
- Una petición reiterada, expresa y mantenida.
- Una acción o cooperación necesaria o suficiente de un profesional o no que ocasiona la muerte del enfermo.

b) teniendo en cuenta los elementos que son necesarios para configurar el acto eutanásico, se puede decir que no son pasibles de confusión con la eutanasia las siguientes acciones médicas:

- la de no iniciar ningún tratamiento desproporcionado,

---

[26] Institut Borja de Bioètica [http://www.ibbioetica.org/es/contenidos/PDF/Documento\\_eutanasia\\_CAST.pdf](http://www.ibbioetica.org/es/contenidos/PDF/Documento_eutanasia_CAST.pdf)

[27] VIGURIA ARRIETA J.M. y ROCAFORT GIL J., "Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios", *Medicina Paliativa*, volumen 7, nº 1, (2000), pp. 2-5.

- la de retirar un tratamiento una vez comprobado que es desproporcionado para la realidad del enfermo,
- la de emplear fármacos sedantes para aliviar el sufrimiento intolerable en los días de agonía o fuera de ellos.

A través de este gráfico se señalan las diferencias existentes entre la eutanasia y la sedación paliativa:

	Intención	Proceso	Resultado
Eutanasia	El objetivo es prescribir fármacos sedantes cuya intención pasa por provocar la muerte del paciente con enfermedad terminal o irreversible para liberarlo de los sufrimientos que él vive como intolerable.	Se utilizan drogas a dosis letales para provocar una muerte rápida. Se necesita consentimiento de parte del paciente.	El resultado es la muerte.
Sedación Paliativa	Se administran fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento frente a aquellos síntomas refractarios o determinados, alterando la consciencia. Cuando la sedación es profunda, la vida consciente se pierde.	Las drogas que se utilizan son ajustables a las respuestas del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma. Esto quiere decir que se necesita un monitoreo continuo que debe quedar registrado en la historia clínica, desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento.	La respuesta exitosa es el alivio del sufrimiento, que puede ser evaluado. [28]

[28] VIGURIA ARRIETA J.M. y ROCAFORT GIL J., "Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios", Medicina Paliativa, volumen 7, nº 1, (2000), pp. 2-5.

## D) A modo de conclusión

Todos los factores señalados contribuyeron a demostrar que la sedación paliativa profunda continua o irreversible no es un acto eutanásico siempre y cuando cumpla con ciertas normas éticas clínicas.

La sedación paliativa profunda, indicada por un equipo de cuidados paliativos, sólo puede ser propuesta como último recurso, ante la presencia de síntomas refractarios. El objetivo principal de la sedación paliativa es, en último caso, el alivio del distrés mental generado por los síntomas de la enfermedad.

Los requisitos para una buena praxis de la sedación paliativa serían: la formación clínica y ética de los miembros del equipo tratante, la presencia de un síntoma refractario, la disminución del distrés mental, obtención del consentimiento del enfermo o de sus familiares y registro de los pasos de la toma de decisiones y la monitorización de la sedación asentados en la historia clínica.

La sedación paliativa no es una eutanasia encubierta puesto que las diferencias recaen tanto en la indicación, el procedimiento y el resultado. En la sedación, el profesional indica drogas para sedar al paciente con la intención de aliviar el sufrimiento del enfermo frente a determinados síntomas. En la eutanasia el

objetivo es provocar la muerte del enfermo para liberarlo de los sufrimientos. Cuando la sedación es profunda se pierde la vida consciente, mientras que la eutanasia elimina la vida física.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL I FABRE, F., *Bioética, orígenes, presente y futuro*, Ed. Fundación MAFRE, Madrid, 2001.

AGUILERA, P., *En la frontera vida/muerte. Problemas bioéticos*, Chile, Ed. Universitaria, 1990.

ARIES, P., *Un hombre ante la muerte*, España, Taurus, 1995.

AZULAY, A., "Reflexiones éticas en torno a la sedación terminal", *Medicina Paliativa*, vol. 9, nro. 4, (2002).

AZULAY. "La doctrina del doble efecto y la eutanasia activa en la práctica de los cuidados paliativos", *Medicina Paliativa*, vol. 8, nro. 3, (2001).

BASSO, D., *Ética*, Buenos Aires, Ed. Abeledo-Perrot, 1998.

BRAU, T. y et al., "Sedation for intractable symptoms in Palliative Care, Abstract 13 Congreso Internacional de Cuidados del Enfermo Terminal", *Palliative Care*, Canadá, (2000).

BROECKAERT, B. y NÚÑEZ OLARTE, J.M., "Sedation in Palliative Care. Facts and Concepts", *Palliative Care Medicine*, (1998).

BROECKAERT, B., *Palliative sedation defined or why and when terminal sedation is not euthanasia*, Abstract, 1° Congress RDPC, Berlin, (2000).

BROECKAERT, B., *Sedation Palliative: ethical aspects*, Leuven University Press, 2002.

CHATER, S. y VIOLA R., "Sedation in Tractable Distress in the Dying.", *Palliative Medicine*, 12, (1998).

COBO MEDINA, C., *Ars moriendi, vivir hasta el final*, España, Ed. Díaz de Santos, 2001.

COMITÉ ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos*, publicado por el Centro de Documentación de la Universidad de Navarra (España), junio 2002.

COMPAGNONI F., PIANA G. et al., *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Italia, 1992.

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *La Eutanasia*, Ed. Palabra, España, 1993. Diccionario Médico Salvat, undécima edición, Barcelona, 1977.

GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina Paliativa en la cultura para América Latina*, Arán, Madrid, 1999.

JIMÉNEZ ROJAS, C., SOCORRO GARCÍA, A., *Protocolo clínico de sedación terminal del Servicio de Geriatría del Hospital Central Cruz Roja de Madrid, España*, 2000.

JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un Congreso sobre tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo*, 20 de marzo de 2004, [www.vatican.va](http://www.vatican.va)

KARNOFSKY, D., BURCHENAL, J., *Evaluation of chemotherapeutic agents*, Nueva York, Columbia University Press, (1998).

KRAKAUER, L. et al., "Sedación para el sufrimiento intratable de un paciente agonizante: Cuidados Paliativos agudos y principio de doble efecto", *The Oncology*, nro. 5, (2000).

LEVINAS, E., *El tiempo y el otro*, Barcelona, Ediciones Paidós, 1993.

LUGO, E., *Relación médico/paciente*, Buenos Aires, Edigraf, 2003

MONGE, F., *¿Eutanasia?*, Madrid, Ed. Palabra, 1989.

NÚÑEZ OLARTE, J., et al., "Protocolo del manejo del dolor refractario en la UCP

del Hospital Marañón de Madrid", *Medicina Paliativa*, 1997.

PELLEGRINO-THOMASMA, *La medicina por vocación*, Ed. Camiliana, Quito, 1995.

PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Comentario interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, España, 1996.

PORTA, J., et al. "Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano balear", *Medicina Paliativa*, 1999.

PORTA, J., Cuidados paliativos, Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Disponible en: [www.instituto-debioetica.org/cursoeticagratis/modulo8](http://www.instituto-debioetica.org/cursoeticagratis/modulo8)

PORTA SALES, J., "Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos", *Medicina Paliativa*, 1999.

PORTA SALES, J., "Sedation and terminal care", *Europe Journal Palliative Care*, (2001).

SÁENZ ORTÍZ, J.; GÓMEZ BATISTE, X. y GÓMEZ SANCHO, M., *Cuidados paliativos, Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

SANZ RUBIALES, A.; RIVERO, M. y FLORES PÉREZ L., "Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad", *Cuadernos de Bioética*, XVII, España, (2006).

SGRECCIA E., "La cultura de la muerte", *Humanitas*, Revista de la Pontificia Universidad Católica de Chile, n° 15.

STONE PHILLIPS, C., "A Comparison of the Use of Sedatives in a Hospital Support Team and in a Hospice", *Palliative Medicine*, (1997).

SUÁREZ ÁLVAREZ, J., *Decisiones conflictivas en la unidad de cuidados intensivos: ¿Eutanasia y distanasia o asistencia integral en la agonía?*, Noesis, Madrid, 1996.

TORRALBA F. I ROSELLÓ, *Antropología del Cuidar*, editado por Instituto Borja de Bioética y Fundación MAPFRE Medicina, España, 1998.

VIDAL, M., *Eutanasia: un reto a la conciencia*, San Pablo, España, 1994.

VIGURIA ARRIETA, J.M. y ROCAFORT GIL, J., "Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios", *Medicina Paliativa*, 2000.

# DE LA JUSTICIA A LA SOLIDARIDAD. HACIA UN NUEVO PARADIGMA

## Pbro. Mgt. Andrés Toledo

- Sacerdote del clero diocesano de la Arquidiócesis de Córdoba
- Bachiller en Teología, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Licenciado en Filosofía, Universidad Católica de Córdoba (UCC)
- Magister en Ética Biomédica (UCA)
- Miembro titular del Comité de Bioética del Hospital Privado y del Centro de Bioética de la UCC
- Profesor titular de Bioética, Facultad de Filosofía (UCC) y Profesor en la Maestría en Bioética (UCC)
- Miembro Titular del Comité de Ética de la Investigación (Cies) de la Clínica Universitaria Reina Fabiola
- Miembro Titular del Comité de Ética de la Investigación de la municipalidad de Córdoba
- Becario de la UCC
- Doctorando de la UCA
- Autor de distintos artículos acerca de Bioética

## Palabras clave

- Principio de justicia
- Solidaridad
- Personalismo ontológico
- Principialismo
- Pobreza

## RESUMEN

El presente trabajo es un llamado sobre la necesidad de incorporar la "solidaridad" como un nuevo principio bioético. Se parte mostrando la insuficiencia para dar respuesta a nuestra realidad local y regional del "principio de justicia" que postula el "Principialismo" de Beauchamp y Childress. Luego se analiza lo mismo en la propuesta del Personalismo Ontológico de Mons. Elio Sgreccia y se descubre que es capaz de incorporar este tema. Termina con una primera articulación de la solidaridad como principio y deber ético y como camino de hacer Bioética desde nuestra realidad marcada por la injusticia y la inequidad.

### I. INTRODUCCIÓN [1]

*"Se ha escrito que si en los años 70 el principal problema de la Bioética en EEUU fue el aborto, y en los 80 se situó en torno al tema de la eutanasia, últimamente el debate más importante se centra en la JUSTICIA y más concretamente sobre los criterios éticos que se deben utilizar en la distribución de los recursos sanitarios... y esto no es solamente en EEUU sino en todo el mundo". [2]*

Con esta frase del gran bioeticista español Javier Gafo, recientemente fallecido, se da comienzo a este trabajo que pretende abordar un tema central en nuestra Bioética, como es la cuestión de la justicia, los pobres y la solidaridad que necesitan.

- La primera tesis es mostrar lo insuficiente para dar respuesta a las problemáticas de la realidad argentina y regional de la concepción de justicia que se tiene en Filosofía, en Bioética y quizás también como práctica social cotidiana y, luego, mostrar que ésta puede y debe cambiar según los contextos y circunstancias en que se encuentra. Asimismo que esta insuficiencia se hace más evidente en el *principialismo*, que si bien responde a la mentalidad y cultura de donde surgió (EEUU), es inadecuada para nosotros e incluso produce efectos contrarios a los esperados, generando más desigualdades e injusticias sociales.

- Para zanjar y partir de la pobreza existente tanto a nivel personal como estructural (donde hay muchas víctimas inocentes), se propone el principio de solidaridad que es muy prometedor y moviliza una reflexión sobre la vida, que la hace más completa e integral y aporta

---

[1] Este trabajo es un resumen de la tesis de Maestría en Ética Biomédica del autor, que por razones de espacio de publicación se ha abreviado, sin sacar lo medular de las afirmaciones que sostiene. La versión completa se encuentra en el *Instituto de Bioética*, Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

[2] GAFO, J., *Bioética Teológica*, Madrid, Comillas Universidad, 2003, p. 141.

elementos de superación de lo que hoy es la postergación e indignidad de muchos seres humanos.

- La segunda tesis es que el principio de solidaridad debe agregarse al principialismo y en su medida al personalismo ontológico. Este último, por ser una corriente en bioética con fundamentos metafísicos y antropológicos muy fuertes, tiene todo el potencial para alojar al principio de la solidaridad, pero todavía no lo ha desarrollado suficientemente y, por tanto, asumir este principio y concretarlo en su propuesta supone incluir temas como los pobres, las desigualdades y la inequidad en sus formulaciones.

- Finalmente, se afirma la vigencia de este principio en la Bioética, de la necesidad de un cambio de paradigma que vaya de la justicia a la solidaridad, y descubrir su potencialidad y perspectivas.

## I. EL PRINCIPIALISMO Y EL PRINCIPIO DE JUSTICIA

Se comenzará comentando lo que el Principialismo [3] dice sobre la justicia,

propuesta formulada por Tom Beauchamp y James Childress y que en unos de sus principios aparece el Principio de la Justicia.

### Antecedentes del Principialismo

Al final de la década de los setenta se publica el libro *Principles of Biomedical Ethics* [4] de Tom Beauchamp y James Childress, obra en la que sus autores tratan de establecer los principios que deben regir a la Bioética, entendida como ética civil, y que, según ellos, son cuatro: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Comenzaba la era de los principios o principialismo, que desde el primer momento tuvo una gran aceptación, llegando a convertirse en el sistema canónico de fundamentación de la bioética norteamericana en breve espacio de tiempo. [5]

El antecedente inmediato de esta teoría es el *informe Belmont*, que fue elaborado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, establecida por el congreso de los

---

[3] Podría haber elegido cualquier otro modelo, pero ésta es o fue la teoría más conocida en Bioética, de tal manera que a veces se identificaba a la bioética con estos cuatro principios.

[4] En este trabajo se usa la versión castellana de esta obra. BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J., *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson editorial, 1999. También se cuenta con la versión inglesa: *Principles of Biomedical Ethics*, tercera edición, Nueva York, Oxford University Press, 1989.

[5] Ferrer y Álvarez dicen en su libro sobre esta teoría:

Estados Unidos el 12 de julio de 1974. [6] Dicha comisión tenía como misión investigar los "principios" éticos básicos que debían ser respetados en toda investigación biomédica en la que interviniesen seres humanos.

El informe comienza reconociendo los beneficios sociales que ha reportado la investigación científica, pero también llama la atención sobre los abusos que se han producido en el campo de la experimentación biomédica en sujetos humanos. Después de describir en qué consisten los códigos y las dificultades que presentan, se manifiesta la necesidad de cambiar de método, abandonando el sistema de reglas y normas como primera aproximación, para abordar el tema desde unos principios generales:

*"El Código consta de reglas, algunas generales y otras específicas, que guían en su trabajo a los investigadores o a los revisores. Tales reglas son a menudo inadecuadas para cubrir situaciones complejas; a veces se contradicen y frecuentemente son difíciles de interpretar o aplicar. Unos principios éticos más amplios serán la base para formular, criticar e interpretar reglas específicas.*

*En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescriptos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes. Estos tres, sin embargo, son abarcativos y se formulan a un nivel de generalización que permita ayudar a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a*

---

- No es la única teoría ética que usa principios como rectores de las conductas morales. Ésta es la más conocida pero hay otras que se encuadrarían perfectamente bajo este grupo de "principialista".

- El sentido de principio hay que tomarlo como criterios generales de la acción, donde más arriba tendremos las teorías y para abajo estarían las normas que son especificaciones de los principios.

- Han surgido otros tipos de fundamentaciones, como la casuística o la de las virtudes, pero lo que hay que decir es que estas teorías son en general complementarias de ésta y no reales alternativas. FERRER, J.; ÁLVAREZ, J., *Para fundamentar la Bioética*, Madrid, Universidad de Comillas, 2003.

[6] Albert R. Jonsen cuenta cómo se constituyó la comisión y cómo deliberó. Esta comisión generó varios documentos aunque el más conocido es el *Belmont Report*, porque fue escrito en Belmont House en Maryland. De manera breve se transcribe cómo Jonsen cuenta la aprobación de Belmont: *"The revised draft was next discussed at the January 13-14, 1978, meeting: the next, date December 2, 1977, is basically the same as the final version, with some refinements in the section on justice and, as Toulmin said, 'with the fat cut out'. The discussion at that meeting made no substantial changes to the draft, but refinements and more 'cuttings of fat' were done at a conference among myself, Toulmin, and the commission's new philosophy consultant, Tom Beauchamp of Georgetown, who was charged with writing the polished final version. The Belmont Report was approved by the commissioners at their forty-second meeting, June 10, 1978. This short document, which was published in the Federal Register on April 18, 1979, had a major impact on the development of bioethics. Its principles found their way into the general literature of the field, and, in the process, grew from the principles underlying the conduct of research into the basic principles of bioethics".* JONSEN, Albert, *The birth of Bioethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1998.

*entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos. Estos principios no siempre pueden ser aplicados de modo que se resuelvan, sin dejar dudas, problemas éticos particulares. El objetivo es brindar un marco de análisis que guíe la resolución de los problemas éticos, que surgen de la investigación con seres humanos". [7]*

El objetivo que pretende el informe queda explícitamente expresado: "*The objective is to provide an analytical framework that will guide the resolution of ethical problems arising from research involving human subjects*", en base a tres principios éticos generales y al mismo tiempo relevantes en la materia que se está tratando, esto es, "la investigación médica con sujetos humanos". Aunque se admite que pueden existir otros de la misma relevancia, se opta por los tres prin-

cipios siguientes: respeto a las personas, beneficencia y justicia.

El *informe Belmont* no descubre ningún principio nuevo, su originalidad consiste en unir, como criterio de valoración, tres principios éticos que proceden de distintas tradiciones y épocas. [8]

Este modo de trabajo de la comisión de manera interdisciplinar y el no querer asumir una única escuela filosófica en ética como fundamentación, más estos tres principios base, que eran sumamente operativos y orientativos, es desde donde se inscribe la propuesta de Beauchamp y Childress. [9]

Los cuatro famosos principios se formulan tomando como base el *informe Belmont* y ampliándolo no sólo al campo de la investigación médica sino a todo el quehacer biomédico.

[7] Traducción en español. Es conveniente mirar la versión en inglés, para asegurar una correcta lectura: "*The codes consist of rules, some general, others specific, that guide the investigators or the reviewers of research in their work. Such rules often are inadequate to cover complex situations; at times they come into conflict, and they are frequently difficult to interpret or apply. Broader ethical principles will provide a basis on which specific rules may be formulated, criticized and interpreted.*

*Three principles, or general prescriptive judgments, that are relevant to research involving human subjects are identified in this statement. Other principles may also be relevant. These three are comprehensive, however, and are stated at a level of generalization that should assist scientists, subjects, reviewers and interested citizens to understand the ethical issues inherent in research involving human subjects. These principles cannot always be applied so as to resolve beyond dispute particular ethical problems. The objective is to provide an analytical framework that will guide the resolution of ethical problems arising from research involving human subjects". REICH, T., ed., *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition, edición en CD-ROM, Macmillan Library Reference Usa Simon & Schuster Macmillan New York, 1995, Appendix.*

[8] VELASCO, J., *La Bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2003, p. 31.

[9] Se recuerda que Beauchamp fue parte de la *National Commission* y que, a su vez, viene de una escuela filosófica distinta que Childress (Beauchamp es considerado utilitarista y Childress, deontologista).

## La teoría de los cuatro principios, el "Principialismo"

Beauchamp y Childress en *Principios de Ética Biomédica* desarrollan su teoría sobre la base de cuatro principios y no de tres, como lo había hecho el *informe Belmont* y los clasifican de la siguiente manera.

1. **Respeto a la autonomía:** exige el respeto a la capacidad de tomar decisiones en personas autónomas.
2. **No maleficencia:** exige no hacer daño a los demás.
3. **Beneficencia:** exige prevenir daño, procurar asistencia y equilibrar la ayuda frente a los riesgos y a los costos.
4. **Justicia:** exige una apropiada distribución de asistencia, riesgos y costos de forma imparcial.

Los autores manifiestan que no surgieron estos principios como una teoría general de la ética, sino dentro de un determinado campo –el médico– con el objeto de proporcionar una estructura que sirviera de guía para establecer juicios morales basándose en criterios racionales y no meramente en una fe o en un sistema de normas: "*El objetivo de este libro es proporcionar un marco de refe-*

*rencia para los juicios morales y la toma de decisiones sobre este tema*". [10]

Juan Velasco dice al respecto: "Lo que estos autores hicieron fue estructurar y fundamentar de forma sistemática aquellos principios que de forma incipiente y germinal habían sido considerados como relevantes en los ensayos clínicos por el *informe Belmont*. Su pretensión era cambiar el esquema tradicional mantenido en la sanidad, en el que se incidía principalmente en la no maleficencia y beneficencia sin tener en cuenta la autonomía del paciente y su capacidad de decisión dentro del marco social, en el cual debía ser contrastado con la justicia para proteger especialmente a los más débiles del sistema". [11]

Lo que se intenta es asumir distintas corrientes filosóficas sin alinearse totalmente con ninguna; se prefiere tomar algo de cada una y por eso no se buscan fundamentos absolutamente de la ética, como habitualmente tiene toda teoría ética, porque piensan que es allí donde pueden existir desacuerdos ya que lo que se busca es una serie de principios consensuados y aceptados por todos, por eso son menos pretenciosos y se conforman con un marco de referencia que ayude a los distintos dilemas ético-médicos, bus-

---

[10] BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J., *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson ed., 1999, p. 1.

[11] VELASCO, J., *La Bioética y el principio de solidaridad*, op. cit., p. 43.

cando una propuesta operativa de resolución de problemas éticos en el campo de la Medicina. De todas formas no se quiere decir que sus principios no sean fundamentados. Por lo menos no quieren ser irracionales ni *emotivistas*. Es más, en contra de estas actitudes es que desarrollan su teoría.

En la teoría Principialista tiene especial interés su concepción de los principios en el ámbito teórico y la argumentación que desarrollan para justificarlos éticamente. En su fundamentación aparece tanto la teoría deontológica como la utilitarista, pero no tal como es concebida por los autores más representativos de las mismas, sino bajo una visión distinta, inspirada en los planteamientos del autor inglés W. D. Ross, que en los años treinta desarrolló una ética deontológica moderada y que aparece recogida en su libro *Lo correcto y lo bueno*, [12] obra en la que critica el rigorismo kantiano.

Beauchamp y Childress son partidarios de este deontologismo moderado de Ross, aunque agregan algunas variantes a la propuesta rossiana.

Los citados autores adoptan el concepto de *deberes prima facie* utilizado

por Ross: "[...] *Prima facie* sugiere que se está hablando sólo de un aspecto que una situación moral presenta a primera vista, y que puede resultar ilusorio, cuando de lo que se está hablando es de un hecho objetivo implicado en la naturaleza de la situación, o más precisamente, en un elemento de su naturaleza -aunque no surja de su naturaleza toda, como ocurre con el deber en sentido propio-. [13]

Este aspecto de *prima facie* en los principios será una de las características que adopten Beauchamp y Childress, [14] es decir, los cuatros principios son los primeros criterios que se han de tener en cuenta al abordar cualquier tema de Bioética.

Estos principios constituyen la estructura preliminar que informará la moralidad de cualquier juicio que deba realizarse. Sin embargo, no establecen una obligatoriedad absoluta, porque, en línea con el pensamiento de Ross, únicamente son obligatorios a "*primera vista*".

Se lee en Beauchamp y Childress: "*Siguiendo a W. D. Ross, distinguimos entre normas prima facie y normas reales. Obligación prima facie implica que*

[12] ROOS, W. D., *Lo correcto y lo bueno*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 1994.

[13] Ídem, p. 35.

[14] "*En este libro consideramos que las normas ponderadas -principios, reglas, derechos y similares- son prima facie, y no normas absolutas ni reglas de prioridad o reglas ordenadas jerárquicamente (lexicográficamente o en serie).*" BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principios de Ética...*, op. cit., p. 29.

*la obligación debe cumplirse, salvo si entra en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud. Una obligación prima facie compromete, a no ser que sea anulada o suspendida por obligaciones morales diferentes. Los actos con frecuencia tienen una serie de propiedades y consecuencias moralmente relevantes. Por ejemplo, mentir puede favorecer el bienestar de otra persona y matar un paciente cuando éste lo demanda puede suponer acabar con el dolor y sufrimiento, así como respetar su autonomía. Estos actos son al mismo tiempo prima facie incorrecto y prima facie correcto, ya que en las circunstancias expuestas dos o más normas entran en conflicto. El agente debe decidir qué es lo que debe hacer buscando una obligación que supedite a la obligación prima facie, es decir, el agente debe establecer lo que Ross llama 'equilibrio supremo' del bien sobre el mal. La obligación real del agente ante una situación concreta viene determinada por la ponderación entre las distintas obligaciones prima facie que han entrado en conflicto". [15]*

Los principios, dentro de este deontologismo moderado y pluralista, que los

autores denominan "*Common-morality theories*", no son simples opiniones que no vinculen en conciencia sino que crean vínculos, aunque no de forma absoluta; es una primera aproximación al juicio moral que necesita un desarrollo posterior en el que entrarán en juego datos que también son relevantes y dignos de tener en cuenta en la moralidad de la acción.

No aceptan de Ross una jerarquía entre los deberes *prima facie*, [16] concretamente los deberes de obligación perfecta y de obligación imperfecta. [17] Por ejemplo, el no perjudicar tiene prioridad sobre el hacer el bien pero Beauchamp y Childress explícitamente se apartan de esto para considerar todos sus principios iguales en jerarquía.

La razón es que habitualmente establecer algún orden producirá nuevos conflictos y en una ética civil les parece que es tomar una posición determinada tanto ideológica, filosófica o confesionalmente y que, en realidad, la misma debe ser juzgada por las circunstancias. Los autores sostienen que frente a los conflictos se tiene que resolver sopesando las circunstancias o la situación con-

---

[15] Ídem, pp. 29-30.

[16] ROOS, W. D., *Lo correcto y lo bueno*, op. cit., pp. 37-57.

[17] La doctrina de los deberes perfectos e imperfectos tiene mucho que ver con el nacimiento y desarrollo de la Bioética y, en concreto, con el sistema de los cuatro principios de Beauchamp y Childress, quienes al afirmarlos como principios "*prima facie*" (del mismo nivel) están diciendo que son deberes, pero que no son absolutos, y por lo tanto pueden tener excepciones.

creta (*actual duty*); es decir, hay en el comienzo un cierto deontologismo pero en el conflicto y al considerar la situación concreta se acepta cierto teleologismo o para mejor decir se prefiere un utilitarismo de norma.

Conforme a este utilitarismo se aceptan una serie de reglas generales que deben ser tenidas en cuenta también en la situación; es decir, no se considera solamente la acción vista individualmente, sino también un código general que representa la maximización de la utilidad social. Por eso los cuatro principios son compatibles con ambas teorías deontológicas (pluralista) como teleológicas (utilitarismo de norma).

Entendida esta teoría en sus principales apreciaciones, es necesario conocer el principio de justicia.

### La justicia principialista

*"Las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria y al seguro sanitario, combinadas con espectaculares incrementos de los costes de la asistencia sanitaria, han estimulado los debates sobre la justicia social en los Estados Unidos."* [18]

Así comienzan el capítulo sobre el principio de la Justicia Beauchamp y Childress, además de que completan su introducción al capítulo con un cuento de Jorge Luis Borges, *La lotería de Babilonia*.

Este principio es el tercero que formula *Belmont*. En el ámbito biomédico la dimensión o "especie" de la justicia que nos interesa es la de la **justicia distributiva**: "El término justicia distributiva se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. Su ámbito incluye las políticas que asignan diversos beneficios y cargas, tales como la propiedad, los recursos, los impuestos, los privilegios y las oportunidades. Varias instituciones públicas y privadas están implicadas en ella, incluyendo el gobierno y el sistema sanitario". [19]

En el caso concreto de la Bioética, la justicia distributiva vela por la buena distribución social de los recursos sanitarios, que puede tener dos aspectos. Por un lado hace referencia al reparto equitativo de bienes, beneficios, oportunidades, etc., y por el otro, al de las cargas y desventajas que se pueden producir en el ejercicio de técnicas y políti-

[18] BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J., *Principios de Ética Biomédica*, op. cit., p. 311.

[19] Ídem, p. 312.

cas que se utilicen en la práctica médica. Beauchamp y Childress son conscientes de que al hablar del principio de la justicia están condicionados por la escasez de recursos. [20]

Luego establecen el principio formal y material de este principio de justicia. Del principio formal dicen: *"Es común a todas las teorías de la justicia un requisito mínimo, tradicionalmente atribuido a Aristóteles: los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente. Este principio de justicia formal (algunas veces llamado el principio de la igualdad formal) es 'formal' porque no establece ámbitos concretos en los que los iguales deban ser tratados igualmente y no proporciona criterios para determinar si dos o más individuos son iguales de hecho o no. Sólo establece que, sea cual sea el ámbito relevante que se ha de considerar, las personas iguales en tales ámbitos deberían ser tratadas igualmente. Esto es, nadie debería ser tratado desigualmente, a pesar de todo lo que les diferencia de otros, a menos que exista alguna diferencia entre ellos que sea relevante para el tratamiento en cuestión".* [21]

Cualquier respuesta que atienda al principio de justicia distributiva supone

disponer de este "principio formal", pero el problema obvio con este criterio es su falta de contenido concreto. Por eso es insuficiente por sí solo. Para poder asegurarnos que estamos obrando en conformidad con las exigencias de la justicia distributiva necesitamos obrar con los criterios materiales de la justicia. Éstos son los que especifican e identifican las características relevantes para recibir un trato igualitario. En otras palabras, llenan con contenidos concretos la vacía estructura del precepto formal.

*"Los siguientes principios han sido, cada uno, propuestos por algunos autores como principios materiales válidos de justicia distributiva (aunque también se han propuesto otros principios):*

1. *A cada persona una parte igual.*
2. *A cada persona de acuerdo con la necesidad.*
3. *A cada persona de acuerdo con el esfuerzo.*
4. *A cada persona de acuerdo con la contribución.*
5. *A cada persona de acuerdo con el mérito.*
6. *A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado.*

*No hay barrera obvia para aceptar más de uno de estos principios, y algu-*

---

[20] *"Los problemas de justicia distributiva surgen bajo condiciones de escasez y competición."* Ídem, p. 312.

[21] Ídem, p. 313.

*nas teorías de la justicia aceptan los seis como válidos. Una tesis moral plausible es que cada uno de estos principios materiales identifica una obligación prima facie cuyo peso no puede evaluarse independientemente de las circunstancias particulares o de las esferas en las que son especialmente aplicables". [22]*

Después agrega: *"La mayoría de las sociedades invocan varios de estos principios materiales en el diseño de las políticas públicas, apelando a diversos principios en las diferentes esferas y contextos". [23]*

En la exposición del principio de justicia, Beauchamp y Childress presentan diversas teorías de justicia que han tenido y siguen teniendo influencia en el mundo actual, en numerosas ocasiones con puntos de vista opuestos. [24] Creen que dichas teorías tienen visiones parciales de la justicia y que se pueden complementar para conseguir una concepción más atinada dependiendo del lugar y la época.

"Cada teoría general de la justicia influyente es una reconstrucción filosó-

fica de una perspectiva válida sobre la vida moral, pero sólo puede captar parcialmente la extensión y la diversidad de esa vida. La riqueza de nuestras prácticas morales, tradiciones y teorías ayuda a explicar por qué las diferentes teorías de la justicia han sido todas defendidas con habilidad en la filosofía reciente. En ausencia de un consenso social sobre estas teorías de la justicia en pugna podemos esperar que las políticas públicas cambiarán las bases, ahora destacando una teoría, después insistiendo en otra". [25]

De todas formas, los autores recomiendan dos concepciones; por un lado, una estrategia utilitarista, y por el otro, una igualitarista. En la primera subrayan los aspectos sociales (mínimo decente) y el mayor beneficio posible para el paciente, y en la segunda se resalta la igualdad de las personas y la oportunidad justa. Este sistema, en su conjunto, responde a la pregunta que se plantearon a la hora de elegir una vía amplia y coherente en política sanitaria: "Hemos sugerido una perspectiva general desde la cual podríamos enfocar estos problemas: a saber, reconociendo un derecho exigible a un mínimo decente de atención

[22] Ídem, p. 315.

[23] Ídem.

[24] Concretamente hablan del utilitarismo, teorías liberales, teorías comunitarias y teorías igualitarias. Ídem, pp. 320-326.

[25] Ídem., p. 372.

sanitaria dentro de un marco de distribución que incorpore, de modo coherente, normas utilitaristas e igualitaristas". [26]

Una estrategia dirigida tanto a la utilidad como a la igualdad debería contemplar cuatro objetivos fundamentales. El primero apuntaría a obtener una cobertura universal de un mínimo decente; [27] el segundo hace referencia a un cambio de mentalidad de médicos y pacientes con vistas al logro de una tensión sana entre la atención al enfermo concreto y una distribución de servicios eficiente que no menoscabe el mínimo decente de cobertura sanitaria; el tercero pretende construir un sistema sanitario de racionamiento justo que no perjudique ese mínimo decente; el cuarto intenta reformar el actual sistema sanitario de forma progresiva y sin que suponga una ruptura con el anterior. [28]

También propone un sistema mixto de salud. La parte pública dirigida a la atención primaria y el sector privado para otros tipos de prestaciones y dirigido a los que pueden pagar.

## Valoración del principialismo

Juan Velasco, citando a Diego Gracia dice: "Esta teoría de los cuatro principios fue formulada por vez primera por Beauchamp y Childress en el año 1979 en un libro titulado *Principles of Biomedical Ethics*, que ahora quieren traducir al español. Sin ese libro es imposible entender la historia de la Bioética en estos últimos veinte años. Todas las teorías que se han construido en Bioética hasta el día de hoy han surgido en diálogo con ésta. Aunque haya teorías distintas, que las hay, por supuesto, todas están elaboradas en referencia a éstas, ya a favor, ya en contra. Es decir, todo el mundo ha tenido que tomar posición ante la teoría de los cuatro principios". [29]

Esta cita de Diego Gracia alcanza para descubrir la importancia de esta teoría en Bioética, inclusive hoy en día se sigue identificando Bioética con el conocimiento de los cuatro principios. De todas formas, el principialismo en Bioética tiene un peso muy importante y su propuesta es interesante por varios aspectos

---

[26] Ídem, p. 373.

[27] Beauchamp y Childress dicen con respecto al mínimo decente: "La obligación social puede cumplirse en varios niveles, pero la idea del mínimo decente supone aceptar el sistema de dos niveles de asistencia sanitaria. Nivel 1: cobertura social obligada para necesidades sanitarias básicas y de catástrofes. Nivel 2: cobertura privada voluntaria para otras necesidades y deseo de salud". Ídem, pp. 340-341.

[28] Ídem.

[29] VELASCO, J., *La Bioética y el principio de solidaridad*, op. cit., p. 41.

y por eso, aunque se la pueda criticar en algunos aspectos, no deja de tener sus puntos positivos.

Algunos puntos positivos a destacar son los siguientes:

Aunque es legado del *informe Belmont*, el principialismo asume el principio de justicia, virtud poco tenida en cuenta en la vieja tradición de la ética médica.

James Drame dice que la "Bioética salvó a la ética", aunque aclara que se trata de la ética que se estaba desarrollando en los EEUU, preocupada más por las características de los principios formales que de los problemas candentes que vivía la sociedad. En ese sentido, la Bioética hizo que la reflexión ética tuviese que descender al terreno concreto de una problemática que no permitía dilaciones y a la que debía darse una respuesta concreta. [30]

Así, la propuesta principialista ha tenido un gran impacto en el desarrollo de la Bioética y su éxito se ha debido, en parte, a la sencillez de sus planteamientos teóricos y la fácil aplicación de la teoría, a la toma de decisiones en los

casos concretos de la biomedicina y al acierto en la selección de los principios que verdaderamente recogen los puntos cardinales de la vida moral. [31]

### Observaciones y revisiones al principialismo

En cuanto a las críticas, hay dos observaciones de más consistencia que se le hacen al principialismo. Una es la falta de jerarquización de los principios, si bien es sabido que esto lo hacen ex profeso buscando que todo sea consensuado y por eso no quieren dar prioridad a ninguno de ellos, porque creen que jerarquizar es privilegiar alguna concepción filosófica determinada.

En este punto los autores se apartan de Ross, de quien toman el concepto de *prima facie*, que incluía en sus postulaciones la jerarquización. Esta observación se la hacen muchos críticos y especialmente Diego Gracia que construye su propuesta a partir de los principios pero jerarquizándolos y poniéndoles fundamentos ontológicos desde la perspectiva zubiriana. A la hora de la práctica, esta falta de jerarquización podría generar que la resolución de conflictos sea más

---

[30] DRANE, J., "La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España" en, GAFO, J. (ed.), *Fundamentación de la Bioética y manipulación genética*, Madrid, Universidad de Comillas, 1988, pp. 96-98.

[31] FERRER, J.; ÁLVAREZ, J., *Para fundamentar la Bioética*, op. cit., p. 159.

por intuición y de manera arbitraria que por verdaderas razones.

Siguiendo la terminología puesta en circulación por David Ross, los principios citados del principalismo suelen considerarse principios *prima facie*. Se quiere decir que: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia son, en efecto, principios diferentes, de modo tal que los dos primeros tienen que ver con el "bien individual" de una persona, mientras que los dos segundos velan por el "bien común". El bien común o bien de todos es siempre superior al bien de los individuos concretos, razón por la cual estos principios, además de distintos, guardan entre sí una cierta "jerarquía". En tanto que principios *prima facie*, la justicia es superior a los otros tres. De ahí que se haya denominado siempre a la justicia la virtud general, [32] o reina de las virtudes. Esto nos permite establecer un orden serial o lexicográfico entre los cuatro principios, y decir que en abstracto, *prima facie*, la máxima jerarquía le corresponde a la justicia y a la no maleficencia, después viene la autonomía y finalmente la beneficencia.

Estos principios en tanto abstractos o *prima facie* son distintos y jerárquicos, y le agregamos una tercera nota: son con-

flictivos. Y en este punto puede ayudar no solamente el orden jerárquico, sino que también tendremos que medir las consecuencias. Ellas nos permiten ver si en ciertos casos concretos debe alterarse la jerarquía apriorística o *prima facie*, por otra que, siguiendo a Ross, podemos denominar "real y efectiva" (actual). Por tanto, además del orden lexicográfico o *prima facie*, los principios tienen un orden real o efectivo. Y la vida moral consiste en el esfuerzo por respetar lo más posible la jerarquía de los principios *prima facie*, pero a la vez en intentar ser fieles a la realidad concreta y efectiva, contrastándolos siempre con las consecuencias que se siguen de ellos en cada caso concreto. [33]

Lo otro, es a partir de lo anterior. Los principios quieren estar a nivel medio de la reflexión. Ni fundamentos finales ni pragmatismo puro, evitando lo que dicen los autores del emotivismo o criterio sentimental. ¿Lo logran?, parece que no. El querer hacer esa postura intermedia entre un deontologismo moderado y un utilitarismo de norma, termina en una falta de razones para tomar decisiones. Es evidente que falta una teoría filosófica fundante de la propuesta, que produce una ausencia de explicitación de los presupuestos de los que parten.

---

[32] VELASCO, J., *La Bioética y el principio de solidaridad*, op. cit., p. 43.

[33] Se puede encontrar un resumen de la crítica y los aportes que hace Diego Gracia al principalismo en GRACIA GUILLÉN, D., *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, pp. 203-204.

Esta carencia supone la ausencia de la justificación de la moralidad misma, y esto hace que falte una justificación de los principios y contenidos morales que proponen estos autores.

Desde distintos ámbitos se les han observado cuestiones que Beauchamp y Childress han ido contestando en las sucesivas ediciones de su clásico libro. Nombramos algunas: de Diego Gracia, su falta de jerarquización; de Clouser K. y Gert B. por considerarlo sin fundamentos y ser algo genérico y superficial. Desde la casuística de Jonsen A. y Toulmin S. se habla de la indeterminación de los principios, la ambigüedad de sus contenidos y que hace difícil una toma coherente de decisión fundada y específica para este caso. [34]

También habría que agregar lo que ha surgido, sobre todo en Brasil y que también tiene muchos seguidores en la Argentina, que es el *Power-Man*, liderado por Voiné Garrafa. En breve, esta posición parte de una concepción muy local o "desde acá" y propone una "Bioética intervencionista". El tema de la justicia es el que más le preocupa ya que al situarse en estas tierras descubre que es el tema principal de reflexión.

## II. EL PERSONALISMO ONTOLÓGICO Y LA SOLIDARIDAD

Antes de presentar esta propuesta se destaca que el personalismo nace como revisión y otra alternativa al principialismo.

Mons. Elio Sgreccia nos cuenta que en 1984 se le pide que imparta la materia Bioética en la universidad de *Sacro Cuore* (Italia), disciplina que recién aparecía, sobre todo en EEUU, y lo que llegaba eran los principios de ética médica, de Beauchamps y Childress (sus cuatro principios y lo que hoy se llama principialismo), al leerlo él dice: "Al iniciar la reflexión sistemática para dar cumplimiento a este pedido, vi claramente que la cuestión central consistía en establecer cuál era el criterio fundacional por el cual se podía afirmar que intervención sobre la vida del hombre y sobre la vida en general, estaba justificada". [35]

Con esto podemos decir que el personalismo ontológico nace como una crítica más al principialismo que venía de los EEUU. La propuesta de Beauchamps y Childress no jerarquiza los principios sino que habla de un juego entre ellos, donde algunas veces primarán unos y en otra

[34] Como primera aproximación y con abundantes citas bibliográficas sobre las diferentes revisiones y críticas al principialismo tenemos a VELASCO, J., *La bioética y el principio de solidaridad*, op. cit., pp.128-148.

[35] SGRECCIA, E., "La Bioética personalista", *revista Vida y Ética* del Instituto de Bioética de la UCA, año 2, n° 2 (diciembre 2001).

ocasión, otros. Esto le pareció muy relativista e incapaz de fundar una reflexión sobre la vida y la moral, igual que otras propuestas en las que no se afirma la verdad del hombre y en donde se establece que una moral debe tener como fundamento una antropología y ésta una metafísica de corte realista y ontológica.

Su punto de partida es un estudio sistemático de los diversos modos teóricos de concebir la Bioética, ante los cuales se posiciona en lo que denomina *personalismo ontológico o modelo personalista* que, enmarcado en una antropología realista, establece una serie de principios que presentan grandes diferencias con los propuestos por Beaumchamp y Childress.

Su personalismo ontológico (que se diferencia de los que califica como personalismo relacional y hermenéutico) pone como punto de referencia una antropología que hace hincapié en la unidad de cuerpo y alma, valorada y defendida por la tradición cristiana desde sus orígenes.

"En el significado ontológico, por último, sin negar la importancia de la subjetividad relacional y de la conciencia, se quiere subrayar que el fundamento de la misma subjetividad estriba en una

existencia y una esencia constituida en la unidad cuerpo-espíritu.

La persona es entendida como *ens ratione praeditum* (ente dotado de razón) o, como Boecio la define, *rationalis naturae individua substantia* (sustancia individual de naturaleza racional). En el hombre, la personalidad subsiste en la individualidad constituida por un cuerpo animado y estructurado por un espíritu". [36]

La importancia que se da a la antropología en este método es tal que no se puede concebir a la Bioética como un mero procedimiento que recoge unos principios y opiniones: "*No se puede concebir a esta nueva disciplina como un simple cotejo con las opiniones y las posiciones éticas adoptadas por la sociedad y la cultura, sino que, debiendo sugerir valores de referencia y lineamientos operativos cuando se tiene que tomar una decisión, deberá comprometerse en proporcionar respuestas objetivas sobre criterios racionalmente válidos. Indudablemente no puede faltar la confrontación, pero en un marco de discusión crítica y de orientación normativa.*

*No se podrá prescindir entonces de una antropología de referencia, en la que el valor de la vida física y corporal,*

---

[36] SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, México, Ed. Diana, 1996, p. 73.

*del amor conyugal y de la procreación, del dolor y de la enfermedad, de la muerte y del morir, de la relación libertad y responsabilidad, individuo y sociedad, tenga su marco de referencia y su valoración ética". [37]*

Así, la primera gran crítica que se le hace a la teoría principialista de Beauchamp y Childress desde el personalismo es la carencia de una antropología de base que sitúe a los principios de Bioética en el interior de un marco de referencia y de la comprensión de los valores fundamentales que constituyen al ser humano. Por esta razón se cuestionan tanto los métodos simplemente deductivos (principialismo), como los inductivos (casuísticos); unos y otros carecen de una fundamentación que proteja valores que se consideran irrenunciables y, por tanto, deshumanizan al ser humano. Esto no significa que su concepción de la Bioética prescindiera de los avances y conocimientos de las demás ciencias, especialmente de la Biología y de las ciencias de la salud; por el contrario, desde la antropología que defiende, debe establecerse un diálogo dinámico con ellas, para posteriormente llegar al juicio ético que salvaguarde los aspectos antropológicos antes señalados.

"La Antropología ofrece un criterio de discriminación entre lo que es técnica y científicamente posible y lo que es lícito éticamente; ofrece también un criterio de juicio entre lo que está legalmente sancionado por las mayorías políticas, y lo que es lícito y benéfico para el bien del hombre.

Es obvio que la Antropología sigue siendo interrogada y enriquecida por este diálogo triangular (Biología, Antropología, Ética), pero es igualmente necesario que aquella establezca los criterios y valores que no pueden ser vulnerados ni violentados. Porque representan el motivo mismo de la teleología del progreso científico y de la sociedad". [38]

Será a partir del valor fundamental de la vida, del valor trascendente de la persona, es decir, de esta concepción integral de persona que tiene en cuenta los valores físicos, psicológicos y espirituales como fundamento primigenio del personalismo ontológico, desde donde se le hace la crítica al principialismo.

La segunda crítica hace referencia a si es posible que el deontologismo y el utilitarismo puedan dar un sistema coherente. "Así, para suavizar el utilitarismo

---

[37] Ídem, pp. 74-75.

[38] Ídem, p. 77.

del acto, se han intentado introducir algunas reglas de beneficencia más amplias, como el concepto de la equidad o de la asistencia mínima, moderando el utilitarismo del acto con el utilitarismo de la norma. Las reglas de 'equidad', de 'imparcialidad', de 'observación neutral', de 'ampliación social de la utilidad', del 'cálculo de felicidad social' o del 'mínimo ético', no sirven para anular una situación de relativismo y de carencia de un fundamento que verifique la norma. Hay que subrayar, además, la gran dificultad de hacer un cálculo de conciliación entre el interés privado y el social en el plano empírico y pragmático de la felicidad". [39]

Hay un esfuerzo muy importante para evitar el reduccionismo relativista por eso quiere recuperar la metafísica finalista aristotélica-tomista que reconoce en la realidad y en el ser la presencia de fines intrínsecos: *"La metafísica teleológica aristotélica, rafforzata dalla teologia della creazione, consente a S. Tommaso (e al neotomismo di J. Maritain) di fondare l'obbligatorietà dell'agire morale nella 'natura' dell'uomo in quanto creatura ragionevole. L'uomo infatti, grazie alla ragione, partecipa della 'legge eterna'.. la partecipazione*

*della creatura razionale alla legge eterna si esprime nella 'legge naturale'".* [40]

Por eso el conocimiento de los valores y de las normas se funda en última instancia en el análisis de la naturaleza; o en otras palabras, el "ser" funda el "debe ser". Así pues, el personalismo ontológico se fundamenta en una metafísica que da origen a una antropología que conlleva determinados valores absolutos que, por su parte, conducen a una ética crítica de los planteamientos expuestos desde la teoría principialista.

Haciendo resumen del personalismo y de la Bioética personalista, se sabe que la clave para entenderla es su concepción de persona definida como *ens ratione prae-ditum* (ente dotado de razón) o, como Boecio la define, *rationalis naturae individua substantia* (sustancia individual de naturaleza racional). En el hombre, la personalidad subsiste en la individualidad constituida por un cuerpo animado y estructurado por un espíritu. En esta explicación seguiremos a Mons. Elio Sgreccia, fundador de esta Bioética.

El hombre es persona, porque es el único ser en el que la vida se hace capaz

---

[39] Ídem, pp. 69-70.

[40] PALAZZANI, L.; SGRECCIA, E., "Il dibattito sulla fondazione etica in Bioética", *Medicina e Morale*, n. 5 (1992), p. 867. Es muy interesante este artículo porque muestra el camino intelectual que realizó Mons. Sgreccia para llegar al personalismo ontológico y cómo lo presenta en su manual. Leer este artículo ayuda para entender su propuesta y por qué decide el personalismo ontológico.

de "reflexionar" sobre sí misma, de auto-determinarse; tiene capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas y de dar sentido a sus expresiones y a su lenguaje consciente. Esto es merced a un alma espiritual que informa y da vida a su realidad corpórea y que contiene y estructura al cuerpo. El yo no se puede reducir a cifras, a números, a átomos, a células o neuronas. En cada hombre, en toda persona humana, se recapitula y cobra sentido el mundo entero, pero al mismo tiempo el cosmos es superado y trascendido. En cada hombre se encierra el sentido del universo y todo el valor de la humanidad. La misma sociedad tiene como punto de referencia a la persona humana; la persona es fin y origen de la sociedad.

La revelación cristiana habla del hombre en términos personalistas, diciendo que él es imagen de Dios, hijo de Dios y hermano de Jesucristo.

Cualquier reflexión racional tiene que presentar a la persona humana como punto de referencia, como fin y no como un medio más, sobre todo cuando hablamos desde la Bioética en la que está involucrado el ser humano.

Desde el momento de la concepción hasta la muerte, en cualquier situación de sufrimiento o de salud, es la persona humana el punto de referencia y de medida entre lo lícito y lo ilícito. Este

personalismo pretende afirmar el estatuto objetivo y existencial (ontológico) de la persona, que 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. Más 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 elección, la facultad de elegir, sino también un contexto de la elección, es decir, unos medios y unos valores.

Este personalismo "realista" ve en la persona una unidad, como frecuentemente se dice, la *unitotalidad* de cuerpo y espíritu que representa su valor objetivo, del que se hace cargo -y no puede dejar de hacerlo- la subjetividad, respecto tanto de la propia persona como de la persona ajena.

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 que trae aparejadas. En el momento del juicio íntimo sobre lo realizado, prevalece la evaluación subjetiva; pero en el momento normativo y deontológico, prevalece el valor objetivo al que hay que adecuar cada vez más la actitud subjetiva.

## La corporeidad en el hombre

Después de afirmar el carácter ontológico y trascendente de la persona, la Bioética personalista elabora una reflexión filosófica sobre la corporeidad humana.

El cuerpo humano tiene la dignidad de la totalidad de la persona. El cuerpo no es simplemente un objeto material, sino que es también sujeto. Podemos decir "yo tengo mi cuerpo", pero también justamente "yo soy mi cuerpo". El cuerpo es parte integrante y sustancial de la subjetividad, por lo que goza de la dignidad del espíritu que lo anima, que lo estructura, que lo hace determinado sujeto específico. El cuerpo es la encarnación de la persona. Esto lo llamamos *principio de Encarnación*.

El cuerpo es también *principio de Identificación*: la persona se identifica con el cuerpo, o femenino o masculino, el cual no es intercambiable. Esto es porque el cuerpo no es un accidente o un hecho voluntario, sino que describe nuestra estructura. Entre cuerpo y espíritu debe crearse una armonía, sino hay agonía. La educación debe ayudar a esta armonía entre identificación sexual corpórea (genital), la psicológica y la espiritual. Esta identificación da también la individualidad o singularidad (las huellas digitales o la impronta genética, etc.).

La corporeidad es además *principio de Comunicación*, es epifanía de la persona, porque el espíritu es más grande, trasciende el cuerpo pero es la significación indicativa y suficiente para hacer pensar que hay mucho más en nuestra interioridad de lo que escribimos a través de los signos del lenguaje del cuerpo. El cuerpo hace como un velo pero no total, porque el cuerpo significa el mundo interior. Juan Pablo II dice que el espíritu se revela y se esconde al mismo tiempo a través del cuerpo.

Cuando el médico trata la corporeidad del enfermo, debe asumir que se relaciona con toda la persona, con todo su inmenso mundo interior, con toda su historia, con toda la profundidad de su espíritu, sus esperanzas y sus temores, con todo el interior de la persona que se manifiesta y se esconde en su corporeidad. Esta reflexión puede ser un punto de partida a lo que muchos buscan en el mundo médico que es la humanización de la medicina y de los centros de atención de la salud.

El cuerpo también es límite. Es el límite en el cual nuestro espíritu se escribe durante todo el tiempo de su existencia de este mundo. Es límite porque no se puede estar en dos lados al mismo tiempo y es límite porque está sujeto a la enfermedad y a la muerte.

El cuerpo también es un medio de intervención en el mundo, en el tiempo que vivimos y que vivimos aquí. El cuerpo es la primera tecnología: nuestro yo interviene en el mundo a través de sus miembros, a través de la corporeidad. La tecnología que obedece a la fuerza mecánica amplifica nuestros miembros, los instrumentos de observación y medición amplifican nuestros sentidos y la informática, las computadoras, amplifican nuestra inteligencia.

Por último el cuerpo es organismo, las partes están en función del todo, por eso, a veces, se puede intervenir en una parte para el beneficio del todo.

### Los principios de la Bioética personalista

Basados en la dignidad de la persona -que es unión de espíritu y cuerpo-, y con una nutrida visión de la corporeidad y organicidad de la persona, se establecen unos principios éticos que deben guiar las acciones morales en el campo de la biomedicina. Estos son:

- *Principio de la defensa de la vida física.* Este principio destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona. Porque la persona no puede existir si no es en el cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física, la vida llega anterior a la libertad, por eso la libertad no puede

suprimir a la vida como en el aborto o la eutanasia. El derecho a la vida es el primero de los derechos y el más fundamental, porque sin él todos los demás (incluida la libertad) son inexistentes.

- *Principio terapéutico de totalidad.* La persona -libre- con el organismo, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. Así este principio permite decir que es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. De todas formas esto requiere condiciones precisas de ejecución.

- *Principio de libertad y responsabilidad.* Engloba el concepto de que la persona es libre, pero libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, el mundo que ha sido confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la libertad sin la responsabilidad. La Bioética, dicen muchos actualmente, debe ser Bioética de la responsabilidad frente a tantas amenazas que existen actualmente en el campo de la ciencia para el hombre.

- *Principio de sociabilidad y subsidiariedad.* Lo primero que nos cuenta es que es un principio desarrollado primeramente por la teología moral, como el principio de totalidad, pero que hoy es altamente aceptado en distintos ámbitos. Es la idea de socializar la medicina y

de los planes de asistencia sanitaria. “*El principio de sociabilidad compromete a todas y cada una de las personas en su propia realización al participar en la realización del bien de sus semejantes*”. [41]

La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad y por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social. La medicina es un servicio social y de acuerdo a este principio, cada persona es responsable, no solamente de su salud, sino también de la salud de los otros y de las condiciones de salud que encontramos en nuestro medio ambiente. Este principio significa que todo ciudadano se compromete a considerar su propia vida y la de los demás como un bien no sólo personal, sino también social, y en la comunidad a promover la vida y la salud de todos y cada uno, a fomentar el bien común promoviendo el bien de todos y cada uno.

La subsidiariedad significa que todo el bien que una persona o un grupo de personas puede hacer debe ser respetado y también implica que aquellos que no pueden hacer por sí mismos deben ser ayudados.

En el manual de Sgreccia aparece el concepto de justicia social diciendo lo

siguiente: “Pero en términos de *justicia social*, el principio obliga a la comunidad a garantizar a todos y cada uno los medios para acceder a los cuidados necesarios, incluso a costa del sacrificio de los que tienen una posición social desahogada”. [42]

Este fragmento de texto ubica a la Bioética personalista en el camino de la justicia social, que tiene enorme relación con la solidaridad.

Ahora bien, en ningún momento Mons. Sgreccia habla de solidaridad pero sus contenidos están de alguna manera en lo que propone en este cuarto principio; sin negar las carencias y pobreza de nuestra sociedad, que llega a llamar “eutanasia social”, sin embargo, no termina de tener un discurso articulador de esta problemática tan aguda como urgente.

### Una justicia que no alcanza

La justicia que viene de la corriente utilitarista y liberal no alcanza para hacer justicia y eso mismo pasa en Bioética, que se habla de justicia pero que no termina de equilibrar ni producir esa igualdad esencial que la justicia

---

[41] SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, op. cit., p. 161.

[42] Ídem.

genera. No se afirma que no tiene que haber justicia sino que no alcanza y que se le debe agregar la solidaridad para que la justicia sea una realidad.

Al estudiar el concepto de justicia tanto a nivel filosófico como en la Bioética principialista vemos su importancia y necesidad y, si bien hay un acuerdo en su parte formal (como lo explicaban muy bien Beauchamp y Childress), es posible observar que en su parte material la cuestión es muy complicada y difícil de determinar.

Juan Velasco demuestra en su libro que el principialismo responde perfectamente a la mentalidad y cultura norteamericana y que estos autores simplemente recogen, explican y formulan elementos que ya estaban muy en boga en el país del norte. De ahí la autonomía como la privilegiada, lo que nos hace pensar si esta propuesta, como llega, responde a nuestras categorías culturales y sociales, y si responde a las situaciones urgentes y dolorosas que estamos viviendo.

Se puede observar que una concepción de justicia determinada no es inofensiva a la hora de formular algo para nuestra tierra y nuestra gente. Junto con un criterio material inadecuado tenemos una concepción general de justicia equivocada, marcada por el individualismo y el utilitarismo o, si se prefie-

re, por el liberalismo que va fragmentando el tejido social.

Lo cierto es que la justicia no es una realidad. Y no se puede prescindir de ese ideal por lejano que aparezca -desde Platón, buscar la justicia es la tarea ineludible de toda la política y de la ética-, por eso se debe hacer con audacia, creatividad o para mejor decir, con solidaridad.

Es ahí en donde se impone hablar de solidaridad como un principio, un valor y una virtud capaz de reparar, en parte, y compensar tantas injusticias. Es ese valor y virtud el que por vía del afecto, de la comprensión y del amor corrige tantos atropellos y ausencia de justicia.

La solidaridad siempre más cercana al individuo y a sus singularidades, puede llegar más fácilmente adonde la justicia no alcanza, por incompetencia humana o por las limitaciones de la misma justicia, la cual siempre tiene que ubicarse con cierto sesgo de impersonalidad y de carácter universal.

Sin duda, hoy cualquier planteamiento real y humano, en el plano social, político o de salud es una cuestión de justicia y de solidaridad. De justicia porque a ese fin hay que tender por lejano que parezca; de solidaridad porque sin esa virtud será más difícil consensuar el sentido que deba tener la justicia.

Ponerse en el lugar del otro, tener en cuenta sus intereses además de los propios, es un movimiento previo a la concreción de la justicia. Y ese otro no es otro abstracto, sino el otro real que vive y sufre conmigo. Ahí radica la diferencia entre partir de una abstracta imparcialidad o de una concreta apreciación del otro. La diferencia es, en suma, entre partir de unos principios generales de justicia o el deber de solidaridad que en esta hora no puede faltar.

Victoria Camps [43] dice que la ética no puede ser nominalista, esto quiere decir, ser un nombre que no tenga contenidos y que todo fuera sólo una cuestión de palabras y pensamientos. Qué terrible sería esto si lo pensamos para la justicia y, por eso, siguiendo a Aristóteles y Santo Tomás que dicen que la felicidad es la meta de cualquier hombre, fin primero y último de sus acciones y que si bien esto es una cuestión personal, no puede hacerse sin un contexto de justicia social que facilite la búsqueda feliz de cada uno.

Nunca habrá felicidad sin justicia y cómo unir y hacer posible esta felicidad cuando la justicia no alcanza, es sin duda por la solidaridad. Es la única que puede conectar la felicidad que todos buscamos

con la justicia que todos necesitamos, para que la felicidad sea posible, para que la justicia sea creíble.

### La solidaridad y la Bioética personalista

No cabe duda, el personalismo tiene todos los fundamentos y estructura para cobijar y recibir a la virtud y al principio ético de la solidaridad. Adela Cortina coincide y formula algo que es muy interesante: el "personalismo solidario", que puede relacionarse con el personalismo ontológico, por eso se podría hablar de "personalismo con características solidarias".

*"A mi juicio, quien se enfrente hoy a la tarea de construir una moral en la ciudad secular se verá urgido a colaborar, en aras de la racionalidad, en la formación de los hombres autónomos y solidarios, tan alejados de un colectivismo homogeneizador como de un individualismo sin señas humanas de identidad... Abandonar el colectivismo por inhumano es opción bien saludable, pero para ello no es menester apostar por un individualismo que tampoco da cuenta de lo que los hombres sean. Tal vez quien entiende el socialismo en la línea de Habermas, como 'una forma de vida que*

---

[43] CAMPS, V., "Por la solidaridad hacia la justicia", en THIEBAUT, C. (ed.), *La herencia ética de la Ilustración*, Barcelona, Crítica, 1991, pp. 136-152.

*posibilita la autonomía y la autorrealización en solidaridad', debería optar más bien por un personalismo solidario, atento al carácter personal -autónomo- de los hombres y a la solidaridad que constituye su elemento vital". [44]*

Junto con la fundamentación de la ética a partir de la antropología, se debe tratar de ver a ese hombre no solamente desde las cuestiones ontológicas profundas sino desde la realidad concreta y hoy, en un estado de injusticia, situación a la que cualquier ética deberá responder de una manera realista.

Por eso, el punto de partida de la Bioética debe ser el hombre concreto, sin negar fundamentos, ya que sería imposible hacer una propuesta de superación.

Desde nuestra realidad nacional, marcada por las desigualdades y las injusticias, la Bioética personalista tendría que insistir tanto en los criterios de subsidiaridad (es decir, en contra del asistencialismo, afirmarse en la capacidad y derecho que tiene toda persona de superarse de manera libre y según sus esfuerzos y proyectos); como también insistir en el

principio de la **solidaridad** para las situaciones de extrema postergación o para que a que a aquéllos que siendo inocentes, como son los niños, se les brinde sostén y cuidado para que no se malogren justamente sus derechos.

La Bioética personalista tiene enormes potencialidades con el principio de solidaridad, y de esta manera se convierte en más dialógica con el hombre de hoy, entrando en una misma causa común e incluso con otras propuestas en Bioética que tocan temas comunes, como son los derechos humanos.

Otra afirmación es que la solidaridad así planteada le agrega temas nuevos [45] y los ubica desde la perspectiva de nuestro contexto local, algo que no está suficientemente explorado; [46] aunque tiene una antropología que le permitiría insertar la solidaridad en todo su alcance y potencialidad, le estaría faltando desarrollo.

Miguel Yáñez, S.J., que desde hace mucho propone el principio de solidaridad en la ética, aunque concretamente desde la Teología moral y en la Doctrina

[44] CORTINA, A., *La moral del Camaleón*, Madrid, Espasa Calpe, 1991, p. 53.

[45] Señalamos: pobreza, desnutrición, niñez abandonada, etc.

[46] En el libro de FERRER, J.; ÁLVAREZ, J., *Para fundamentar la Bioética*, op. cit., pp. 405-434, a la propuesta de Elio Sgreccia y su personalismo ontológico se le llama "bioética italiana", lo que hace pensar que podría haber una Bioética personalista ontológica pero desde la Argentina y encontrar en el principio de solidaridad una formulación excelente para lograrlo.

social de la Iglesia, dice: *“La solidaridad permite una fundamentación personalista de la moral que supere el planteo meramente individualista; se trata de rescatar al sujeto desde la solidaridad, es decir, que no quede negado o limitado en su autoconciencia y libertad, como sucede en las éticas colectivistas, pero ello no significa dejar al sujeto clausurado en sí mismo; es necesario elaborar un ‘horizonte antropológico inclusivo’, para ello habrá que plantear, como hace Xavier Zubiri, un nuevo realismo antropológico que supere no sólo la falacia naturalista sino también la idealista. La pregunta alumbrada por Kant, ‘¿qué es el hombre?’, ha de completarse hoy en día con la pregunta moral: ¿cómo debería ser el ser humano?, ¿cuáles son sus posibilidades de humanización?”.* [47]

### III. LA SOLIDARIDAD COMO PRINCIPIO ÉTICO

La solidaridad no es solamente una virtud, es decir, un dinamismo que transforma moralmente a una persona, sino también un criterio que exige el cambio de la realidad social. Estas dos dimensiones no son excluyentes. Constituyen la doble vertiente, subjetiva y objetiva, de una misma realidad.

El principio ético expresa un valor moral que la sociedad ha de realizar si quiere ser una sociedad justamente organizada:

- En cuanto *principio* “rige” la sociedad en su dinamismo moral: le proporciona una meta ideal, la estimula y orienta en el camino hacia ese objetivo, le proporciona el criterio para discernir el grado y la forma de acercamiento o de desviación con respecto al ideal.

- Por ser *principio ético*, la solidaridad es entendida en su significado axiológico, es decir, de valor y más concretamente de valor moral. Es, en su núcleo, un principio axiológico. Sin embargo, por ser un principio que rige la vida social, ha de tener sus concreciones en otra normatividad moral. El principio ético de la solidaridad se concreta connaturalmente en:

- \* Cauces de carácter jurídico, mediante plasmaciones en normas constitucionales, en leyes de carácter general u orgánico, y en normas más concretas y coyunturales.
- \* Opciones de carácter político, mediante los instrumentos adecuados de instituciones y de acciones que hagan históricamente viable el valor de la solidaridad.

---

[47] YÁNEZ, M., “La solidaridad, excelencia cristiana”, en *Solidaridad como excelencia. VI jornadas de reflexión ético-teológica*, Buenos Aires, ed. San Benito, 2003, p. 60.

\* El principio de solidaridad tiene múltiples aplicaciones para la vida social: es un principio de organización política; es un criterio para las relaciones económicas, laborales y sindicales; es una exigencia del ordenamiento jurídico. Todas estas aplicaciones tienen su fundamento y su origen en el significado ético general de la solidaridad.

Como una aclaración, el principio de solidaridad está asentado en los ideales de la revolución francesa (libertad, igualdad y fraternidad). Los ideales de libertad e igualdad han sido muy bien desarrollados e incorporados en las Constituciones de las naciones, pero el de fraternidad, base de la solidaridad, es un principio todavía poco estudiado pero que cada día cobra mayor importancia y ocupa un lugar más destacado en la vida social de nuestra comunidad.

La solidaridad goza de prestigio aunque no se ha articulado en configuraciones reales sociales, por eso la definimos como la radicalización de la sociabilidad al asumir y dar respuesta a las asimetrías sociales.

Una de las causas que explican la todavía escasa funcionalidad práctica del valor de la solidaridad es que ésta sigue siendo considerada en clave de un *sentimiento moral*. La solidaridad no puede caer en la tentación de ser reducida a

una cuestión afectiva (aunque no anula, sino que lo supone). Pero para formular y comprender exactamente el principio de solidaridad es necesario entenderlo como una auténtica exigencia ética de carácter general. A veces se cae en la interpretación de "caridad" no exigida ni exigible a todos. Por el contrario, la propuesta actual hace de la solidaridad un auténtico principio de exigencia ética general para la vida social.

Es necesario afirmar que la solidaridad ha de ser atendida desde tradiciones que articulen correctamente los dos valores de la dignidad ética del *sujeto humano* y de la *igualdad* de todos los sujetos en las *condiciones de asimetría* en que se encuentran.

Lo otro es ver cómo este principio de solidaridad puede tener una normativa jurídica, qué tipo de reglamentación necesita y cómo afectaría concretamente en la sociedad.

## Justicia y solidaridad

Se imponen dos constataciones. La primera recoge la importancia que tiene en el pensamiento actual el valor de la solidaridad: *"La solidaridad es hoy, junto a la libertad y a la igualdad, uno de aquellos valores en torno a los que se produce un 'consenso solapante', aunque el modo de articularlos y fundamen-*

*tarlos varíe en las distintas concepciones de filosofía política". [48]*

La segunda constatación se refiere a la escasa funcionalidad práctica que sigue teniendo el principio de solidaridad para la vida social. Sabemos que igualdad y libertad han sido traducidas en orientaciones vinculantes para la vida social, en cambio, con la solidaridad ha habido un silencio, de hecho la solidaridad no es considerada una noción central ni de la ética ni de la política.

La justicia es la gran "virtud" y el gran "principio" de la vida social. Ella introduce, sobre todo, el valor de la igualdad en el orden social existente, pero la solidaridad no se opone a la justicia ni tampoco pretende anularla. Todo lo contrario, la solidaridad presupone la justicia y no puede funcionar sin ella: la solidaridad se desvirtúa en "caridad" o "limosna" si no busca el bien integral de las personas, en su libertad y su propio proyecto de vida del que él mismo debe ser el encargado.

Pero al mismo tiempo, es preciso reconocer que la solidaridad introduce una necesaria compensación y un necesario complemento en la dinámica de la justicia. Desde la justicia es difícil orientar éticamente qué hacer socialmente

con las "diferencias evitables e inevitables" con las condiciones humanas peculiares.

"La justicia es necesaria para proteger a los sujetos autónomos, pero es igualmente indispensable la solidaridad, porque la primera postula igual respeto y derechos para cada sujeto autónomo, mientras que la segunda exige empatía -situarse en el lugar del otro- y preocupación por el bienestar del prójimo, por eso exige compasión: los sujetos autónomos son insustituibles, pero también lo es la actitud solidaria de quien reconoce una forma de vida compartida". [49]

Así, pues, la solidaridad ha de ser entendida en relación con la justicia en un doble sentido:

- La solidaridad no elimina la justicia, sino que la presupone y la reafirma.
- La solidaridad completa la justicia: dentro del dinamismo ético de la igualdad tiene en cuenta las "diferencias" (o "asimetrías") para orientarlas moralmente.

"La solidaridad es, pues, una virtud que debe ser atendida como condición de la justicia y como aquella medida que, a su vez, viene a compensar las insuficiencias de esa virtud fundamental". [50]

---

[48] CORTINA, A., *La moral del Camaleón*, op. cit., pp. 46-47.

[49] Ídem, p. 53.

[50] CAMPS, V., *Las virtudes públicas*, Madrid, Espasa Calpe, 1990, p. 35.

## Exigencias de la ética de la solidaridad

No se puede construir una "ética" de la solidaridad si no se apoya sobre una antropología, y está abierta tanto a Dios como a los otros humanos. En esto la antropología que sostiene el personalismo comparte que el ser humano es un ser abierto a los otros y a Dios, que es la fuente y fundamento de su realidad y decisiones más íntimas.

La solidaridad expresa la condición ética de la vida humana. La "regla de oro" que constituye la norma moral básica que no es más que el desarrollo enunciativo de la solidaridad: "Lo que quieras que hagan por ti, hazlo también a los demás". Por eso, se concluye que:

- La solidaridad nace de la *gratuidad* de la donación de sí, que se traduce en la comprensión de la vida como un servicio al *otro* en la acogida respetuosa.

- La solidaridad se hace *estilo de vida* porque comporta una manera de ser, una mentalidad frente a los acontecimientos y un modo de proceder en las situaciones concretas. Por ello la solidaridad es básicamente un concepto *relacional* que se verifica (que se hace verdad) en actos concretos.

- La solidaridad reconoce la *igualdad fundamental* de toda y cada persona humana junto con el respeto por su *alteridad*, superando así la lógica de una exasperada diferenciación (discrimina-

ción) y la de un igualitarismo nivelador (masificación).

- La solidaridad conduce, aún más, *exige la opción por el pobre y el empobrecido* ya que en esta preferencia se verifica (es decir, se hace verdad existencial) su autenticidad como empatía y como compartir.

- La *solidaridad personaliza* al pobre en la sociedad porque se entabla una relación interpersonal en la cual el *otro* es reconocido como persona humana. En una cultura de consumo, el *otro* es valorado por lo que tiene; en una mirada solidaria el *otro* es considerado por lo que es.

- La solidaridad busca la *eficiencia* al servicio de la persona y la superación de sus problemas; no se trata de una eficiencia en términos puramente estadísticos, sino según las cotas de mayor humanización.

- Frente a la presencia masiva de la pobreza, la respuesta solidaria tiene que ser *comunitaria* (responsabilidad compartida), *pluridimensional* (responsabilidad a los distintos aspectos del problema) y *productiva* (sin descartar lo asistencial, privilegiar lo promocional).

Es posible concluir que la solidaridad es la mediación o cauce ético de la opción preferencial por el pobre. Juan Pablo II, en *Centesimus Annus* (n° 15), entiende al principio de solidaridad como "*defensa de los más débiles*". Asimismo señala que la intervención del Estado ha

de regirse por dos principios: el principio de *subsidiariedad*, que al apoyar la libre iniciativa favorece en cierto modo a los que más pueden; y al principio de *solidaridad*, que al "*poner límites a la autonomía de las partes*" se sitúa "*en defensa de los más débiles*".

De esta suerte, la solidaridad aparece como la gran categoría ética que, apoyándose en el dinamismo igualitario de la justicia y en la fuerza transformadora de la caridad, proporciona a esas exigencias el ambiente cálido de la empatía y las orienta preferentemente hacia la causa de los que sufren "las diferencias" de una sociedad asimétrica como la actual.

#### IV. CONCLUSIÓN

Este trabajo se planteaba como un "puente", a igual que el comienzo de la Bioética, hacia el futuro, claro que no tan ambicioso como la propuesta de Potter.

Un puente que trae esperanza de un futuro mejor a partir de la solidaridad.

Como síntesis final y conclusión del trabajo:

- \* La insuficiencia del principio de justicia del principialismo (contractualista y utilitarista, que es lo mismo que individualista y liberal) es incapaz de dar respuesta a nuestra realidad de pobreza que vive la sociedad Argentina.
- \* El personalismo ontológico, aunque tiene una plataforma para incorporar este principio ético, no lo ha hecho con toda profundidad.
- \* La solidaridad le aporta al personalismo riqueza antropológica y la pone a la par de otros discursos éticos que son sumamente necesarios si quiere seguir siendo Bioética entendida como ética civil relacionada a los temas de la vida.

# DEONTOLOGÍA MÉDICA Y “REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA”

## P. Angelo Serra, S.I.

- . *Fellow* de la Organización Mundial de la Salud, Basel (1960)
- . Investigador invitado de la *Medical Research Council Population Genetics*, Oxford (1961)
- . Profesor invitado de *Harvard University*, Boston (1964-1965)
- . Profesor ordinario de Genética Humana y Médica en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma (1966-1996)
- . Nominado, con Decreto Ministerial, Profesor emérito de Genética Humana (1996)
- . Profesor emérito de Genética Humana de la Facultad de Medicina del Policlínico Gemelli, Roma
- . Es miembro de la *New York Academy of Sciences*, de la Sociedad Americana de Genética Humana, de la Sociedad Americana para el Avance de las Ciencias, la Academia Pontificia para la Vida y del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud
- . Ha publicado más de 120 investigaciones en revistas científicas

## Palabras clave

- . Tecnología de reproducción asistida
- . Deontología médica
- . Evaluación de resultados

## RESUMEN

El presente artículo aborda algunos aspectos característicos de la tecnología de la reproducción médicamente asistida. Ofrece una reflexión para comprender mejor las finalidades y resultados de la misma, al mismo tiempo que evidencia las perplejidades que suscita esta tecnología. A partir de la exposición de diferentes estudios de resultados sobre diversas clínicas, con el aporte de especialistas de renombre en estos campos, analiza a las técnicas teniendo en cuenta sus fines y, ante todo, la aplicación de la deontología médica.

El 10 de marzo entró en vigor la Ley 40 del 19 de febrero de 2004 sobre la reproducción médicamente asistida, definitivamente aprobada por el Parlamento el 10 de febrero después de un camino de tres años muy borrascosos. [1] No es una "ley católica". El pluralismo ético dominante, sin embargo, había llevado necesariamente a los católicos a participar a nivel político, según el criterio indicado por Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium*

*Vitae* (n. 73) [2] a fin de "limitar el daño" de una ley injusta y de "disminuir los efectos negativos en el plano de la cultura y de la moralidad pública". "Obrando de este modo -prosigue el Santo Padre- no se presta una colaboración ilícita a una ley injusta; antes bien se realiza un intento legítimo y obligado de limitar sus aspectos inicuos". De tal manera, se consiguió obtener una ley que debería impedir algunos graves males que se oponen al bien común de la sociedad; ley, sin embargo, como afirma A.R. Luño, profesor de Teología moral, aún "injusta, aunque menos injusta que otras". [3]

Se pueden encontrar amplios, puntuales y documentados comentarios en reconocidos escritos. [4] Con este artículo se pretende solamente llamar la atención sobre algunos aspectos intrínsecos y característicos de la llamada "tecnología de la reproducción asistida" (*Assisted Reproductive Technology*, ART) para, por una parte, poner en evidencia y comprender su finalidad y sus resultados y, por otra parte, hacer notar

---

[1] Cfr. SIMONA, M., "La legge sulla fecondazione *in vitro*", en *Civ. Catt.* (2004) I, pp. 179-183.

[2] Cfr. JUAN PABLO II, *Encíclica Evangelium Vitae*, II, 1995, 142-185; 257-306.

[3] LUÑO, A. R., "La legge italiana sulla procreazione medicalmente assistita", en *Oss. Rom.*, (14 de febrero de 2004), p. 4.

[4] Se recuerdan aquí solamente, dada la amplia exposición y los serios y variados comentarios, *Medicina e morale*, (2004), n. 1, pp. 9-108 y CASINI, C., *La legge sulla fecondazione artificiale. Un primo passo nella giusta direzione*, Siena, Cantagalli, 2004.

las perplejidades que suscita esta tecnología.

## LAS FINALIDADES

Las finalidades de las ART habían sido expresadas muy claramente por Robert G. Edwards. Pionero, él había trabajado durante unos cinco años produciendo embriones humanos en su laboratorio de Fisiología de la Universidad de Cambridge; recién en 1971 [5] había obtenido los primeros dos blastocistos humanos *in vitro* y, después de otros siete años de intentos y fracasos [6] con el ginecólogo Patrick Steptoe, había alcanzado su meta el 25 de julio de 1978 [7]: el nacimiento de la primera beba concebida en probeta. En pocos años la nueva tecnología se había difundido en muchas naciones. En la Tercera Conferencia Mundial sobre fertilización *in vitro*, desarrollada en Helsinki en 1984, él podía afirmar: "El campo de la fertilización *in vitro* está avanzando rápidamente. Estamos aún dominados por la necesidad de mejorar la tasa de éxitos, demasiado baja en muchas clínicas. [...] Obviamente el método está aquí para quedarse, por lo menos para el trata-

miento de la infertilidad, y no hay duda de que podrá ser pronto aplicado para tratar otros problemas, como las enfermedades genéticas". [8]

En realidad, la demanda esencial a la cual pretende, en ese momento, responder esta técnica es la búsqueda de un "hijo", y de un hijo "sano". En la mayor parte de los casos este pedido viene de parte de parejas estériles o infértiles a causa de defectos anatómicos-funcionales, o porque están más allá del límite de la edad fértil. En otro tipo de casos, cuyo número está en aumento, el pedido viene de parte de parejas no estériles, pero que, en riesgo de tener hijos afectados por graves defectos genéticos, desean evitarlo y tener la certeza de un hijo sano. En otras pocas situaciones -al menos hasta ahora- la demanda proviene de parejas que viven en situaciones particulares, delicadas desde un punto de vista psicológico o humano, como fuertes tendencias homosexuales o elección de libre convivencia. Son todas situaciones que merecen atención y, principalmente, comprensión, pues conllevan, la mayoría de las veces, un profundo sufrimiento; aún si, a veces, pueden parecer expresión de tensiones egoístas.

[5] Cfr. STEPTOE, P. C.; EDWARDS, R. G.; PURDY, J. M.; "Human blastocyst grown in culture", en *Nature* (1971), vol. 229, p. 133.

[6] Cfr. EDWARDS, R. G., "The bumpy road to human *in vitro* fertilization", en *Nature Medicine* (2001), vol. 7, 1.094.

[7] Cfr. STEPTOE, P. C.; EDWARDS, R. G., "Birth after reimplantation of a human embryo", en *Lancet* (1978), ii, p. 366.

[8] EDWARDS, R. G., "In vitro fertilization and embryo replacement: Opening Lecture", en *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (1985), vol. 442, p. 1.

## LA RESPUESTA HOY

Ciencia y medicina han tratado de dar, hasta hoy, una respuesta a esta demanda de un "hijo" a través de las técnicas cada vez más elaboradas de la fecundación *in vitro* (FIV). Es una respuesta que exige un examen de cuanto ha sucedido y se ha obtenido en el transcurso de 26 años; examen impuesto por la deontología misma, que debe estar en la base de la actividad, ya sea médica, ya sea científica.

La respuesta relativa al hijo deseado es ofrecida por estadísticas oficiales derivadas de amplias casuísticas. En 1984, a seis años del primer evento, de los datos presentados en el Congreso de Helsinki [9] surgía que solamente el 6-7% de las mujeres en las cuales se había hecho la transferencia al útero de los embriones producidos *in vitro*, había visto satisfecho su deseo de tener un hijo, acompañado de una pérdida total del 95,5% de los embriones transferidos. Un informe de la *Voluntary Licencing Authority* [10] (la autoridad puesta por el Gobierno inglés al frente del control de esta nueva actividad) publicado en 1988 como edi-

torial en la reconocida revista *Nature*, refiriendo el escaso éxito obtenido, remarcaba: "El hecho de que en 1986 [...] 4.670 pacientes [...] hayan soportado un total de más de 7.000 ciclos [...] y que de todo este esfuerzo solamente haya habido 605 nacidos vivos [es decir que sólo el 12,9% de las pacientes hubiera tenido el "hijo en brazos"] es una prueba de que la FIV resulta una *poterosa fuente de grandes esperanzas desilusionadas* [...], un estado de cosas según el cual miles de mujeres cada año juegan a la suerte con una nueva técnica y resultan cruelmente desilusionadas". En el mismo año, 1988, el presidente de un Comité de estudio del *American Fertility Society*, [11] al término de un informe sobre el análisis de los resultados de 41 "clínicas de fertilidad", del cual surgía que solamente 311 mujeres de 2.864 -es decir el 10,8%-había alcanzado el hijo deseado, comentaba: "La información aquí contenida es crítica para una profundización por parte de la comunidad médica y útil para el público, para comprender mejor el problema del menos que óptimo éxito que persiste en estas tecnologías". Estadísticas más recientes indican sólo leves progresos.

---

[9] Cfr. SEPPALA, M., "The world collaborative report on *in vitro* fertilization and embryo replacement: current state of art in January 1984", en *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (1985), vol. 442, pp. 558-563.

[10] Cfr. "More embryo research?", en *Nature* (1988), vol. 333, p. 194.

[11] Cfr. MEDICAL RESEARCH INTERNATIONAL - THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY SPECIAL INTEREST GROUP, "*In vitro* fertilization/embryo transfer in the United States: 1985 and 1986 results from the National IVF/ET Registry", en *Fertil. Steril.* (1988), vol. 49, p. 215.

En 1990 en los Estados Unidos [12] las mujeres con "un niño en brazos" alcanzaban el 17%. En Gran Bretaña, R. M. L. Winston y A. H. Handyside [13] activos en este campo desde los primeros años, refiriéndose a los resultados de 1992, que indicaban que sólo el 12,5% de las mujeres habían logrado tener el "niño en brazos", escribían: "La fertilización humana *in vitro* es extrañamente un fracaso". Apenas un leve mejoramiento era advertido por estadísticas publicadas en 1999 en la revista *Fertility and Sterility* [14] relativas a los datos de las clínicas estadounidenses en 1996: de 49.584 ciclos, las mujeres con un "niño en brazos" habían alcanzado el 22,6%. Las últimas estadísticas europeas relativas a 1999 [15] -en las cuales han participado también 44 clínicas italianas- registran, sobre 258.460 ciclos iniciados, el 26,3% de embarazos clínicos y el 21% de muje-

res con un "niño en brazos": promedio europeo, este último, que bajaría en Italia al 17%, el 25% del cual eran embarazos de mellizos, trillizos y aún de cuatrillizos.

De estos datos resulta evidente la baja eficiencia de todas las técnicas hasta ahora introducidas en el campo de la medicina para una "reproducción asistida". Baja eficiencia, que era de esperar sobre la base de los conocimientos de la biología de los gametos y del proceso de la fecundación, consecuencia de la manipulación de células tan delicadas y exigentes. Las pruebas de esto vinieron muy pronto, cuando los embriones humanos concebidos *in vitro* se volvieron objeto de continua investigación. [16] Se pudo, en efecto, establecer que ya el 40-50% de los ovocitos obtenidos con procesos de superovulación tienen cariotipo -es

[12] Cfr. MEDICAL RESEARCH INTERNATIONAL - SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY (SART) - THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, "In vitro fertilization - embryo transfer (IVF-ET) in the United States: 1990 results from the IVF-ET Registry", en *Fertil. Steril.* (1992), vol. 57, pp. 15-24.

[13] Cfr. WINSTON, R. M. L. y HANDYSIDE, A. H., "New challenges in human *in vitro* fertilization", en *Science* (1993), vol. 260, p. 932.

[14] Cfr. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, "1996 Assisted Reproductive Technology success rates", en *Fertil. Steril.* (1999), vol. 71, pp. 798-807.

[15] Cfr. NYGREN, K. G. y NYBOE ANDERSEN, A., "Assisted Reproductive Technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology)", en *Human Reproduction* (2001), vol. 16, 2.459-2.471.

[16] Cfr. ANGELL, R. R., et al., "Chromosome Abnormalities in Human Embryos After *in Vitro* Fertilization", en *Nature* (1983), vol. 303, pp. 336-338; PLACHOT, M., et al., "From Oocyte to Embryo: a Model, Deduced From *in Vitro* Fertilization for Natural Selection against Chromosomal Abnormalities", en *Ann. Génét. Hum.* (1987), vol. 30, pp. 22-32; WRAMBSY, H., "Chromosome Analysis of Preovulatory Human Oocytes Failing to Cleave Following Insemination *in Vitro*", en *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (1988), vol. 541, pp. 228-236.

decir, la información genética en el estadio cromosómico- alterado, y que alrededor del 37% de los cigotos y el 21% de los embriones pre-implantación tienen graves anomalías cromosómicas. Pero principalmente se pone cada vez más en evidencia que falta el "coloquio cruzado", [17] o proceso de señalización en red, entre madre y embrión que ocurre durante el recorrido de éste en la trompa uterina y lleva a la producción por parte de ambos de las proteínas necesarias para el desarrollo del embrión hasta su implantación. Todo esto explica por qué la intervención debe ser repetida 5 ó 6 veces para que una mujer pueda tener, en promedio, mediante la FIVET, la probabilidad del 50% de obtener el hijo deseado, y 13 a 15 veces para alcanzar la probabilidad del 95%; y por qué la exigencia de recurrir más veces a estas técnicas, altamente estresantes, puede desencadenar un tendencial rechazo por parte de la mujer misma y de la pareja, acompañado frecuentemente de notables crisis depresivas. [18]

Es de notar, además, que estas tecnologías crean serios problemas también para el pequeño grupo de mujeres en el que se inicia el embarazo y para los niños nacidos. Varios informes [19] -uno de 55 centros de todo el mundo, un segundo de 14 centros australianos y uno neozelandés, y un tercero del 80% de las FIVET monitoreadas en Francia desde 1986 hasta 1990- relevaban entre los embarazos clínicamente verificados: del 18% al 25% de abortos espontáneos y 5% de embarazos ectópicos; alrededor del 27% de embarazos múltiples con todas las complicaciones que les seguían, entre ellas la "reducción fetal"; el 29,3% de partos antes de término y el 36% de nacidos con bajo peso. Además, como expresaba el informe australiano, había evidencia de un aumento preocupante de morbilidad y mortalidad neonatal, con tasas significativamente superiores a las de la población general. Estos datos son confirmados por muchos análisis más recientes. Se recuerda solamente la rigurosa investigación publicada en 2002,

---

[17] Cfr. HILL, J. A., "Maternal-embryonic cross-talk", en BULLETTI, C., et al. (eds), "Human Fertility and Reproduction: The Oocyte, the Embryo, and the Uterus", en *Ann. N.Y. Acad. Sciences* (2001), vol. 943, pp. 17-22.

[18] Cfr. EUGSTER, A. y VINGERHOETS, A. J., "Psychological Aspects of *in Vitro* Fertilization: a Review", en *Soc. Sci. Med.* (1999), vol. 48, pp. 575-589.

[19] Cfr. COHEN, J.; MAYAUX, M. J. y GUIHARD-MOSCATO, M. L., "Pregnancy Outcomes After *in Vitro* Fertilization", en *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (1988), vol. 541, pp. 1-6; SAUNDERS - MATHEWS, D. M. y LANCASTER, P. A. L., "The Australian IVF Register: Current Research and Future Role", *ivi*, 7-21; FRENCH IN VITRO NATIONAL (FIVNAT), "Pregnancies and Births Resulting from *in Vitro* Fertilization: French National Registry Analysis of Data 1986 to 1990", en *Fertil. Steril.*, vol. 64, pp. 746-756.

relativa a una muestra de 304 niños, nacidos en Finlandia entre 1990-95, confrontada con una muestra correlativa de 509 niños de la población general. [20] Esta investigación había demostrado en el grupo de los niños nacidos luego de la FIV, respecto del de control, una incidencia: de nacimientos antes de término, 5,6 veces mayor; de nacidos con peso muy bajo, 6,2 veces mayor; de nacidos con bajo peso, 9,8 veces mayor; de morbilidad neonatal, 2,4 veces mayor, con prevalencia de malformaciones cardíacas; y de hospitalización, 3,2 veces mayor: frecuencias todas significativamente más altas que en la muestra de control.

Todos estos datos, que expresan los resultados hasta ahora alcanzados mediante las técnicas de producción de embriones *in vitro* con la finalidad de dar un "hijo" a quien lo desea, conducen a una conclusión y a una reflexión. La conclusión es que la medicina está obrando todavía en una fase experimental con daños notables para una gran mayoría de las personas involucradas. A esto le sigue la reflexión de que la asistencia en la reproducción humana a través de la producción de embriones humanos *in vitro* ha escapado al control de una medicina responsable, prosiguiendo -quizás sin

darse cuenta y con el deseo de ayudar- bajo directivas en neto contraste con una correcta deontología médica, cuya fundamental y profundamente humana norma hipocrática es *primum, non nocere*. Norma que ha sido eludida por una ley que, aunque necesaria para imponer una cierta regla en una sociedad dominada por el pluralismo ético, deja, lamentablemente, espacios demasiado amplios a comportamientos contra el "hombre" y la "familia".

Dos claros y autorizados reclamos recientes a este aspecto de la tecnología de reproducción asistida confirman su preocupante y grave responsabilidad. El primero es un documentado artículo titulado "*ART into Science*", escrito por doce investigadores del *Institute for Science Law and Technology* (ISLAT) del Politécnico de Chicago y publicado en la célebre revista científica *Science* en julio de 1998. [21] Después de una serie de observaciones motivadas en inaceptables comportamientos relevados en 250 clínicas de fertilidad en los Estados Unidos, estos profesionales advertían: "Las clínicas deberían, como mínimo, estar obligadas por la ley federal a manifestar los riesgos, los beneficios y los procedimientos específicos de las técnicas que serán

---

[20] Cfr. KOIVUROVA, S., et al., "Neonatal Outcome and Congenital Malformations in Children Born after *in Vitro* Fertilization", en *Hum. Reprod.* (2002), vol. 17, 1.391-1.398.

[21] ISLAT WORKING GROUP, "ART into Science: Regulation of Fertility Techniques", en *Science* (1998), vol. 281, p. 651 ss.

empleadas [...], los riesgos asociados con las drogas utilizadas [...], los riesgos de embarazos múltiples y los potenciales problemas médicos y psicológicos para los hijos". Y conclúan, recordando el objetivo fundamental: "Las tecnologías de reproducción asistida implican la creación de hijos y la construcción de familias, un valor social fundamental". También, es profunda y conmovedora la conclusión de un escrito muy reciente de dos pioneros, R. M. L. Winston y K. Ardí, [22] que todavía trabajan en este campo en Londres: "No se debería permitir que la desesperación de los pacientes, la arrogancia médica y las presiones comerciales sean los aspectos claves determinantes en esta producción de seres humanos. Traer un niño al mundo es la más seria responsabilidad. No podemos ignorar las nubes que se están formando sobre estas terapias". Son justamente estas nubes las que hacen surgir serias dudas acerca del valor humano de esta nueva tecnología de reproducción asistida.

La duda más seria está representada por una de estas nubes, oscura y pesada, que parece no querer verse: es la elevada producción de embriones y la alta frecuencia de los destinados a una muerte segura. Cualquier técnica de fecundación *in vitro*, aun donde se ponen límites res-

tringidos al número de los embriones a transferir, implica la muerte a sabiendas e intencional de muchos embriones humanos -"hijos", también ellos- a favor de "un hijo deseado". Es un dato de hecho incontrovertible.

Consideremos ahora la situación admitida por la ley italiana, que limita a tres la producción de los embriones, y todos a transferir en la mujer solicitante. Si son 100 las mujeres a las cuales se transfieren, basándonos en las estadísticas actuales, 80 de ellas no tendrán el hijo deseado; por lo tanto, los 240 embriones producidos por ellas se pierden; otras 20 iniciarán el embarazo y en alrededor de 18 de ellas se desarrollará uno solo de los embriones, con la consiguiente pérdida de otros 36 embriones. En total, por lo tanto, sobre 300 embriones producidos, 276 (92%) fueron destinados a la muerte; y esto con clara conciencia, al menos por parte del personal en acción. Pero hay algo peor. Con la esperanza de obtener mejores resultados se ha introducido la práctica del diagnóstico genético preimplantatorio (PGD), que utiliza técnicas particulares que permiten conocer también en una sola célula alteraciones cromosómicas o genéticas. De cinco o más embriones preparados para una pareja determinada, y que

---

[22] Cfr. WINSTON, R. M. L. y HARDY, K., "Are we Ignoring Potential Dangers of *in Vitro* Fertilization and Related Treatments?", en *Fertility, Supplement to Nature Cell Biology and Nature Medicine* (October 2002), pp. 514-518.

han alcanzado el estadio de al menos 8 células, se extraen -mediante biopsia- una o dos células, se examinan y, si se manifiesta cualquier anormalidad, se eliminan los embriones de donde fueron extraídas o se destinan a la investigación. La elevada entidad de esta real “selección eugenésica” está indicada por los resultados de un número ahora notable de investigaciones. Son impresionantes los datos relevados: [23] el número de embriones producidos en 276 ciclos, y sometidos a biopsia, fue de 1.347, aproximadamente 5 por ciclo; en el examen: 761 (56,5%) de ellos resultaron anormales por la presencia de graves aberraciones cromosómicas y fueron eliminados; 583 (43,3%) resultaron aparentemente normales y transferidos al útero; solamente 39 de éstos alcanzaron el nacimiento (2,9% respecto de un total de 1.347; 6,7% con respecto a los 583 considerados sanos y transferidos al útero).

Está claro y bien definido el plano y el objetivo del proceso del diagnóstico genético preimplantatorio: elevada producción de sujetos humanos en estado embrionario (1.347), aun con serios riesgos (síndrome de hiperovulación) para la

mujer, con la esperanza de encontrar algunos -aparentemente, al menos- buenos o sin graves alteraciones a seleccionar y transferir al útero para la continuación del desarrollo; y la eliminación de los que resultan anormales (761). Es, en realidad, una gravísima aberración, inconcebible en una correcta deontología médica. Quien se defendiera afirmando que en aquel estadio no hay un sujeto humano bien determinado, incurriría en una falsedad científica y antropológica: si hubiera estado él en la situación de ser suprimido en su fase embrionaria al inicio de la fusión de los dos gametos -un aborto real- le habría sido quitada su vida en ese mismo momento. El que insistiese afirmando -como lo ha hecho el Comité Warnock y el Comité Donaldson- que tiene más valor que el embrión aquello que se piensa poder obtener, mediante su uso, para el bienestar de otros, asumiría la responsabilidad de un grave acto de injusticia: la razón misma indica que no se puede hacer lo que está “mal” para alcanzar un “bien” probable o inclusive seguro. Quien finalmente siguiera insistiendo en que, antes que un aborto en el cuarto o quinto mes, demasiado duro desde el punto de vista

---

[23] Cfr. GIANAROLI, L., et al., “Advantages of Day Four Embryo Transfer in Patients Undergoing PGD of Aneuploidy”, en *J. Assist. Reprod. Genet.* (1999), vol. 16, pp. 170-175; KAHRAMAN, S., et al., “Healthy Births and Ongoing Pregnancies Obtained by PGD in Patients with Advanced Maternal Age and Recurrent Implantation Failure”, en *Hum. Reprod.* (2000), vol. 15, 2.003-2.007; IWARSSON, E., et al., “Highly Abnormal Cleavage Divisions in Preimplantation Embryos from Translocation Carrier”, en *Prenat. Diagn.* (2000), vol. 20, 1.038-1.047; FRYDMAN, R., et al., “PGD: Update of the Parisian Group”, en *Bull. Acad. Natl. Med.* (2002), vol. 186, 1.038-1.047.

psicológico, es preferible la supresión del sujeto antes de la implantación, tal vez menos traumática, caería en un error de valoración, por establecer la gravedad del delito según el tiempo de desarrollo de un sujeto humano bien determinado, que en cambio siempre es el mismo sujeto desde el momento de la fusión de los dos gametos. De hecho, en todo caso, se mata siempre a un sujeto humano inocente. Situación real en neto contraste con una sana y humana deontología médica.

A este punto ha llevado la introducción y el desarrollo de una tecnología, pensada quizás de buena fe para ayudar a concretar el deseo de un hijo, pero que ha desembocado en una involución de muerte. Situaciones y perspectivas ya desde hace tiempo en acto, descritas en toda su cruda realidad por J. Testart y B. Sèle, [24] quienes, con evidente preocupación, escribían: "Lo que está ocurriendo es una verdadera revolución de la ética que sobrepasa las fronteras de todas las naciones", y con sentido de responsabilidad concluían: "Más allá de la ejecución técnica, de los intereses individuales y de un ingenuo deseo, los problemas son más complejos de lo que hemos sido llevados a creer. Nosotros deberemos aproximarnos a estos problemas con un

esfuerzo consciente y una humildad determinada a sostener la dimensión ética de la vida humana". Son afirmaciones del padre técnico de la primera niña concebida *in vitro* en Francia, que se declara ateo. Tengamos en cuenta que es su "razón" la que lo ha conducido a esta afirmación y a retirarse del campo de las tecnologías reproductivas.

Frente a la situación real de los resultados, aquí recordados, de las nuevas tecnologías reproductivas, celebradas como un gran progreso de la ciencia para responder a la demanda de un hijo y, además, de un hijo sano, un examen apropiado desde un punto de vista exclusivamente deontológico, que debería estar siempre en la base del honesto obrar médico, lleva a la siguiente conclusión evidente. Todo lo que está sucediendo en este campo implica, por un lado, la eliminación conscientemente voluntaria de un elevadísimo número de embriones, también ellos "sujetos humanos" e "hijos", de parte principalmente de quien ofrece pero también de quien pide, con la esperanza de poder respectivamente ofrecer u obtener, por lo menos, uno y posiblemente sano; y, por otro lado, serios daños físicos, psicológicos y económicos para alrededor del 75-80% de las mujeres que no lograrán tener el

---

[24] Cfr. TESTART, J. y SÈLE, B., "Towards an Efficient Medical Eugenics: is the Desirable Always the Feasible?", en *Human Reproduction* (1995), vol. 10, 3.090.

“niño en brazos”, además de los problemas, no pequeños, de las que lo tendrán. Todo esto está en neto contraste con el principio *non nocere*, que debe estar en la base de toda actividad médica. Y resulta espontáneo preguntarse cómo tal inhumana y preocupante situación, descripta en su evidente realidad, puede conciliarse con la afirmación del artículo 1º de la reciente ley, en el cual se afirma que la misma “asegura los derechos de todos los sujetos involucrados, incluido el concebido”.

Un pensamiento de J. Habermas, [25] reconocido filósofo de la escuela de Frankfurt, pone en evidencia el contraste entre ley y realidad, y su justificación. Algunas expresiones del prefacio al volumen citado circunscriben el tema: “Desde hace algunos años la discusión acerca de la investigación y la ingeniería genética continúa dando vueltas inútilmente alrededor del problema del *status* moral de la vida humana *prepersonal*. Por lo tanto yo asumo la perspectiva de un presente imaginario, proyectado en el futuro, a partir del cual las prácticas hoy en discusión podrían retrospectivamente aparecer como la caída en una genética liberal, vale decir, en una genética regulada por la ley de oferta y demanda”.

Y más adelante en su análisis, precisa: “Supongamos que el uso experimental de los embriones generalice una praxis por la cual la tutela de la vida humana *prepersonal* sea considerada como *secundaria* respecto de los otros posibles fines (incluso el ausplicable desarrollo de nobles ‘bienes colectivos’, por ejemplo, nuevos métodos de curación). La difundida aceptación de esta praxis volvería menos sensible nuestra visión de la naturaleza humana y abriría las puertas a una genética liberal. En esto podemos ver ya aquello que en el futuro se nos presentará como un *fait accompli* del pasado, al cual los partidarios de la genética liberal apelarán como a un Rubicón ya efectivamente cruzado por nosotros”. Es la situación de hoy: en la perspectiva y en la voluntad científico-tecnológica, los derechos del recién concebido son derechos débiles, abiertos, por lo tanto, a cualquier abuso. La deontología médica está en grave riesgo.

## LA RESPUESTA DEL FUTURO PRÓXIMO

Determinar las causas de la esterilidad es la exigencia fundamental en vista de una verdadera terapia, según las exigencias de una correcta deontología

[25] Cfr. HABERMAS, J., *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, Torino, Einaudi, 2002, pp. 3-72.

médica. El camino parece todavía largo, pero la meta es alcanzable. Más allá de los progresos de la cirugía reconstructiva de las trompas en los casos de infertilidad tubárica, [26] a continuación está proviniendo un aporte considerable de la genética, principalmente en las grandes conquistas hechas en la actuación del "proyecto genoma humano". [27] Y era de esperar. En realidad, un simple recuerdo del desarrollo del aparato genital, sea masculino o femenino, cuyas gónadas son las estructuras esenciales en vista de la reproducción, sugiere que su estructura y sus respectivas funciones están bajo el riguroso control de un notabilísimo número de "genes", que operan según una bien precisa ley inscrita en el plan/programa diseñado y cifrado en el genoma -o información genética- presente en el cigoto y transmitido a cada célula de nuestro organismo, a través de los cromosomas. Hoy se considera que en la especie humana, el número complejo de los genes es de 30-45.000, [28] y de una buena parte ya se conoce la localización en los diversos cromosomas, y la específica función que los mismos des-

empeñan. [29] Lamentablemente, esta información genética puede sufrir alteraciones a causa de errores que sobrevengan ya sea en los cromosomas, ya sea en los genes; alteraciones que conducen, como consecuencia, a la aparición de anomalías -frecuentemente bastantes graves- del desarrollo, y a serias patologías, entre ellas la esterilidad y la infertilidad.

En consideración a estas últimas, es preciso subrayar: 1) que alrededor del 20-30% de los casos de aspermia y oligospermia se debe a alteraciones cromosómicas, entre las cuales se recuerdan en particular las translocaciones recíprocas equilibradas en el 11%, de las cuales, en los puntos de translocación, están involucrados 4 de 15 genes de la serie TET (*Testis-Expressed-Transcript*) que se expresan exclusiva o preferiblemente en el testículo, [30] y 2) que otro notable porcentaje se debe a alteraciones genéticas que ocurren en el cromosoma. Y, entre ellas particularmente la del gen *DAZ* (*Deleted in Azoospermia*) -presente en el 12,5% de los azoospermicos-, cuya "grave delección *de nuevo* está entre las

---

[26] Cfr. MARANA, R., "Surgical Treatment of Tubal Infertility", publicación en curso.

[27] Cfr. SERRA, A., "La rivoluzione genomita: conquiste, attese, rischi", en *Civ. Catt.* (2001), II, pp. 439-453.

[28] Cfr. ROWEN, L., "Gene Structure and Organization", en COOPER, D. N. (ed.), *Nature Encyclopedia of the Human Genome*, vol. 2, Londres, Nature Publishing Group, 2003, pp. 672-678.

[29] La lista más actualizada de cada cromosoma humano particular fue reportada con amplios comentarios en COOPER, D. N. (ed.), *Nature Encyclopedia of the Human Genome*, vol. 1, ivi, 2003, pp. 550-739.

[30] Cfr. OLESEN; HANSEN, C. y BENDSEN, E., et al., "Identification of Human Candidate Genes for Male Infertility by Digital Differential Display", en *Molecular Human Reproduction* (2001), vol. 7, pp. 11-20.

causas más comunes de graves defectos espermatogénicos", [31] tanto en otros genes presentes en otros cromosomas y activos en particular en las células de Sertoli y de Leydig, ya sea en los espermatoцитos y espermátides. En un reciente estudio [32] de 43 sujetos afectados de azoospermia no obstructiva, se demostró que en 39 (90,6%) de los mismos había mutado uno u otro de los tres genes; precisamente no se habían expresado: en 5 el gen DAZ; en 13 el gen PGK2, normalmente transcrito en los espermatoцитos tardíos; y en 22 el gen PRM2 normalmente transcrito en los espermátides. Más recientemente fueron encontrados también en el cromosoma X [33] otros genes interesados en la infertilidad masculina, luego de mutaciones.

Una situación análoga se encuentra en la esterilidad y en la infertilidad de la mujer: la esterilidad, prevaeciente en el caso de aberraciones cromosómicas, como la ausencia de un cromosoma X, o situaciones citogenéticas en mosaico en

las que domina la línea con monosomía X; la infertilidad, prevaeciente en el caso en que están implicadas alteraciones genéticas que provocan disturbios en el complejo trabajo de estructuración y funcionamiento del aparato reproductivo femenino. Un primer campo al que estas investigaciones están llevando un poco de luz es el de la menopausia precoz (*Premature Ovarian Failure - POF*), que, en la situación social de hoy, puede representar una de las causas capaces de incidir sensiblemente en la frecuencia de la infertilidad femenina. D. Schlesinger, investigador en este campo, nota que "el 2% de las mujeres o no llegan a la menarca o sufren una menopausia precoz, alrededor de los 30 años. [...] La formación de los folículos se inicia normalmente, pero la velocidad de su atresia durante el desarrollo es demasiado elevada. Luego del nacimiento o no hay folículos, o hay demasiado pocos para sostener un completo período reproductivo". [34] Más bien, de la investigación guiada por él y aún en curso sobre fami-

[31] Cfr. REIJO, R., et al., "Diverse Spermatogenic Defects in Humans Caused by Y Chromosome Deletions Encompassing a Novel RNA-Banding Protein Gene", en *Nature Genetics* (1995), vol. 10, pp. 383-393.

[32] Cfr. SONG, G. J., et al., "Expression Pattern of Germ Cell-Specific Genes in the Testis of Patients with non Obstructive Azoospermia: Usefulness as a Molecular Marker to Predict the Presence of Testicular Sperm", en *Fertil. Steril.* (2000), vol. 73, 1.104-1.108; LUCAS, H., et al., "A Novel, Rapid and Accurate Method for Detecting Microdeletion Involving the DAZ Gene in Infertile Men", en *Fertil. Steril.* (2000), vol. 73, pp. 242-247.

[33] Cfr. WANG, J. J., et al., "An Abundance of X-Linked Genes Expressed in Spermatogonia", en *Nature Genetics* (2001), vol. 27, pp. 422-426; FUERST, M. L., *X marks the Sperm. A Clue to Infertility*, en <http://news.bmn.com/hmsbeagle/104/notes/2001>.

[34] SCHLESSINGER, D., "Premature Ovarian Failure and its Alleviation", en 24<sup>th</sup>. *Internat. Sem. On Planetary Emergencies*, Londres, World Scientific, 2000, pp. 509-514.

lias donde la menopausia precoz es hereditaria, ha surgido la conclusión de que en muchas de ellas, a continuación de la translocación entre un cromosoma 1 y un cromosoma 3 [t (1:3)] ha ocurrido la delección de un gen presente en el cromosoma 3 -que se está ahora secuenciando-, el cual perturbaría el desarrollo y la estabilidad del folículo ovárico. Otros diversos genes requeridos para el normal desarrollo de los oocitos ya fueron individualizados sobre otros cromosomas. Entre éstos se deben recordar el gen ODG1 (*Ovarian Dysgenesis 1*) en el cromosoma 2, el que codifica para el receptor de la hormona folículo estimulante (FSH) y del que se conocen diversas mutaciones; y el gen ovárico TAF 11 105 (*Transcription Factor 11 105*) -analizado a fondo en el ratón, pero seguramente presente también en la especie humana [35]- que es esencial para un correcto desarrollo y función del ovario, mediante la transcripción de otros genes requeridos para una apropiada foliculogénesis, y cuyo defecto conduce a un error que afecta principalmente las células de la granulosa.

El trabajo prosigue en esta línea. Justamente D. Schlessinger, que ha intro-

ducido en sus investigaciones -por ahora realizadas en ratones- el empleo de *microchips* que llevan 15.000 genes, subraya: "El camino para una aproximación genómica al análisis de la menopausia precoz, sería encontrar los genes y la red reguladora implicados en el desarrollo del ovario y de los folículos, y ver -si, por ejemplo, los genes específicamente involucrados están sobre cromosoma X- cómo y cuándo se expresan y cómo su interrupción influye en el desarrollo ovárico". [36] En realidad, varios estudios ya han puesto en evidencia que hay, por lo menos, tres regiones en el cromosoma X involucradas en la producción de los oocitos, y qué hay en cada una de estas delecciones que puede provocar menopausia precoz o también amenorrea primaria. Es, por ejemplo, el caso del gen *BMP15* (*Bone Morphogenetic Protein 15*), localizado en el cromosoma X, que se expresa en los oocitos y es esencial para la fertilidad. [37]

Resulta entonces evidente que, frente a la insatisfactoria y engañosa respuesta dada hoy, bajo las fuertes presiones de una cultura desviada, por parte de la ciencia y de la medicina a la demanda de un "hijo", ya se está abriendo un nuevo

---

[35] Cfr. FREIMAN, R. N., et al., "Requirement of Tissue-Selective TBP-Associate Factor TAF 11 105 in Ovarian Development", en *Science* (2001), vol. 293, 2.084-2.087.

[36] SCHLESSINGER, D., "Premature Ovarian Failure...", op. cit., pp. 512-513.

[37] Cfr. GALLOWAY, S. M., et al., "Mutations in an Oocyte Derived Growth Factor Gene (BMP15) Cause Increased Ovulation Rate and Infertility in a Dosage-Sensitive Manner", en *Nature Genetics* (2000), vol. 25, pp. 279-283.

camino más prometedor y, principalmente, respetuoso de los valores humanos y de la dignidad de quien pretende dar vida, y de la dignidad y de los derechos de quien la recibe. Se trata solamente de recorrerlo con la clarividencia de una ciencia responsable, abierta a la verdad del "Hombre", dirigiendo todas las energías humanas y los necesarios recursos económicos para el desarrollo de nuevas tecnologías, ya posibles, capaces de ofrecer a la medicina vías terapéuticas dignas de una medicina humana, que intenta respetar la norma fundamental de la deontología médica "*non nuocere*". Es la tensión y la apuesta de la "terapia genética". Tensión y apuesta expresadas por

un pionero de ese ámbito, Theodore Friedman [38]: "Los 25 años transcurridos han visto la casi universal aceptación del concepto de terapia genética como una fuerza central de la medicina. Pocos, si es que los hay, pueden dudar de que muchas enfermedades humanas serán tratadas atacando el blanco genético o modificando la expresión del gen en el organismo enfermo [...]. La terapia genética es un concepto definitivo de la medicina. El resto de la revolución está ahora en el duro trabajo de la ejecución. [...] Todo indica claramente que una terapia genética clínicamente eficiente se volverá realidad. Esta llegará, y creemos que llegará pronto".

---

[38] Cfr. FRIEDMAN, T. H., "The Origins, Evolution, and Directions of Human Gene Therapy", en FRIEDMAN, T. H. (ed.), *The development of Human Gene Therapy*, Cold Spring Harbor NY, Cold Spring Harbor Laboratory Press, 1998, p. 15.



# INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA, BIOÉTICA Y BIODERECHO

## Dr. Francisco José Ballesta Ballester, L.C.

- Doctor en Bioética
- Licenciado en Medicina
- Profesor de Bioética (*Ateneo Pontificio Regina Apostolorum*, Roma)

### Palabras clave

- Imperativo tecnológico
- Tecnocracia
- Positivismo jurídico

## INTRODUCCIÓN [1]

Uno de los puntos cruciales de la Bioética es el de las relaciones entre la Investigación científica, el Derecho y la Ética. Los problemas empezaron cuando la ciencia entró en campos vinculados con los derechos fundamentales del ser humano (reproducción, genética, etc.) y muchas personas descubrieron una mina de oro en ellos. Se desencadenó entonces una espiral aceleradora de descubrimientos que ha dado origen a lo que algunos han llamado "conocimiento peligroso". [2] Esta espiral se alimenta de varias fuentes, principalmente: la curiosidad científica, el interés terapéutico, la rápida aplicabilidad [3], las pasiones humanas y la mercantilización de la investiga-

ción [4], mezclados de forma indistinguible, pero actuando como los componentes de la pólvora, cada uno por separado no tiene poder detonante, pero juntos tienen efectos devastadores.

Como consecuencia inmediata de esta mezcla tenemos el "conocimiento peligroso". ¿Cuáles son las razones de este peligro? Por un lado la de siempre, el posible mal uso que se haga del mismo [5], pero hay otras más sutiles que están ligadas al mismo conocimiento y a su forma de producción. El conocimiento del que hablamos no es un simple martillo susceptible de un mal uso. El conocimiento peligroso lo es, además, por la forma rápida con la que se da, que no deja lugar a la reflexión y que puede lle-

[1] El contenido de este artículo se encuentra en la obra del mismo autor: *La Comisión especial de estudio de la fecundación in vitro y la inseminación artificial humanas del congreso de los diputados de España* (Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, 2006).

[2] "Ya se ha creado el término *Dangerous Knowledge* para definir precisamente aquel que se acumula tan de prisa, sin poseer la sabiduría suficiente para llegar a controlarlo". (HIDALGO, S.N., "Clonación o reproducción en serie de seres humanos, ¿una alternativa del siglo XXI?", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 4 (1996), p. 71).

[3] "Dice (Jacques Testart) que la ciencia por el conocimiento no existe prácticamente, lo que priva es la eficacia. No se puede seguir creyendo que la investigación científica tiene como primera finalidad producir conocimiento. Su interés fundamental hoy es producir conocimientos útiles a corto plazo. No se trata de descubrir las leyes del universo sino de utilizarlas". (VILA-CORO BARRACHINA, M.D., "Nuevas tendencias del Derecho de familia", en *Revista General de Derecho*, 543 (1989), p. 7820).

[4] "El miedo a que los científicos den rienda suelta a sus pasiones y a su creencia de desentrañar todos los misterios del universo sin detenerse a medir las consecuencias no da confianza a la gente, eso quiere decir que algo está funcionando mal y debe buscarse una alternativa que genere confianza popular. La rotundidad de los científicos en cuanto a su buena voluntad y disposición es muy frágil desde el momento mismo en que intervienen empresas privadas que buscan ganancias económicas a costa de las necesidades humanas (Jacques Testart)". (JIMÉNEZ AQUILES HERNÁNDEZ, V., "Conciencia del límite", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 15 (2001), p. 172).

[5] "El conocimiento siempre es positivo. Su aplicación puede no serlo. Desde siempre: un martillo, por ejemplo, puede emplearse como arma blanca en lugar de percutir sobre el cincel o sobre un clavo". (MAYOR ZARAGOZA, F., "Gen-Etica", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 18 (2003), p. 15).

var a resultados inesperados, imprevistos, incontrolables. [6] En él se da una tentación fortísima, por la cada vez mayor interdependencia ciencia - técnica, a la puesta en práctica, saltando por encima de toda limitación. Es decir, este conocimiento es peligroso porque empuja a la acción técnica de forma irreflexiva, llevándose todo por delante, sin pensar en las consecuencias. [7]

## Imperativo tecnológico y tecnocracia

En cierto sentido, estamos frente a un nuevo riesgo [8] y un nuevo imperativo, el imperativo tecnológico: lo que el conocimiento científico posibilita hacer, debe hacerse sin más. [9] En el caso de las técnicas de reproducción asistida (TRA) esto es muy evidente y no ha pasado desapercibido. [10] Signos de este imperati-

[6] "La ciencia, que es probablemente lo mejor que tenemos desde el punto de vista epistemológico,... es al mismo tiempo la más peligrosa de las actividades humanas desde el punto de vista moral. A veces se piensa que el principal peligro de nuestros días reside en la mala ciencia, en la falsa ciencia o en el fraude científico... El peligro principal... reside en la mejor ciencia, en lo que llamamos tecnociencia ... Cuanto más sabemos de la estructura de la materia y de la vida y mejor aplicamos ese conocimiento para tratar de mejorar la vida de los humanos, mayor es el peligro de deshumanización". (FERNÁNDEZ BUEY, F., "Sobre tecnociencia y bioética: los árboles del paraíso - parte I", en *Bioética* 2000, 1 (Vol 8), p. 18). "... puede surgir el temor de que este rápido proceso pueda ser incontrolado hasta el extremo de manipular sin razón al ser humano en sus precoces etapas de desarrollo". (P.N. BARRI RAGUÉ, *Informe a la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación in Vitro y de la Inseminación Artificial Humanas del Congreso de los Diputados de España (1-IX-85)*, *Archivo del Congreso de los Diputados, Se Gral Leg 3330 nº único*, parte 1, p. 1). "... el ansia de ser los primeros nos está precipitando y nos podemos llevar una sorpresa cualquier día..." (PEREDA GONZÁLEZ, S. - CABALLERO PEREGRÍN, P. *Informe a la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación in Vitro y de la Inseminación Artificial Humanas del Congreso de los Diputados de España (sin fecha)*, *Archivo del Congreso de los Diputados, Se Gral Leg 3330 nº único*, p. 18).

[7] "Se ha dicho muchas veces: la diferencia más sustancial entre el mito inaugural de la cultura cristiana y los mitos contenidos en otras religiones y civilizaciones del antiguo Oriente, en los que juega un papel importante la presencia de un jardín o huerto paradisiaco, es la presencia en el relato bíblico de aquel misterioso árbol del conocimiento del bien y del mal. En el principio fue el miedo de los hombres al saber... el árbol de la ciencia (del bien y del mal) se opone al árbol de la vida. La moraleja del mito es que el ser humano no tiene cabida en el huerto del Edén porque quiere saber aunque sabe que eso puede ser su perdición". (FERNÁNDEZ BUEY, F., "Sobre tecnociencia y bioética: los árboles del paraíso - parte I", op. cit., p. 13).

[8] "Pero hoy debo hablarles de un peligro más sutil e impalpable, más innominado y aséptico, porque podría hasta revestirse del prestigio que conceden los éxitos en la investigación y hasta de la aureola que acompaña a los Premios Nobel. Se trata brevemente de lo que puede denominarse peligro o riesgo científico". (GARCÍA CANTERO, G., "Las nuevas formas de reproducción humana", en *Verbo*, en-feb (1986), p. 81).

[9] "Acontece que la presión de la técnica -por no decir de los técnicos- es mucho más impetuosa de lo que se cree: la mera posibilidad de que determinado experimento, manipulación, ingenio o artefacto sea técnicamente posible produce un deslizamiento progresivamente acelerado hacia su realización y posterior justificación" (BUSTOS PUECHE, J.E., "Reflexión jurídica ante el 'Mundo Feliz' de Huxley" en *Tapia*, ene-feb (1994), p. 54).

[10] "En los anales de la medicina moderna, raramente se ha visto imponer tan rápidamente unas prácticas experimentales con índices de fracasos tan elevados, sin hacer ensayos sobre su inocuidad y capaces de un impacto tan importante en el futuro del ser humano y de sus relaciones sociales... Recordemos que han sido necesarias 20.000 tentativas para obtener los tres primeros nacimientos por FIV, es decir, un índice de éxitos del 0.015%. Desde entonces, se han hecho al

vo tecnológico son los hechos consumados [11], el no medir riesgos [12], el convertirse de forma acrítica en prioridad en la política sanitaria, absorbiendo cada vez más recursos [13], y la muy típica actitud desafiante de los protagonistas, a la que la tecnociencia nos tiene acos-

tumbrados. [14] Poco a poco la tecnociencia se hace ley, el imperativo tecnológico suplanta la capacidad de decisión ética, es decir verdaderamente libre, y se cae en el caos que nos relata el Protágoras de Platón cuando cuenta la historia mítica de Prometeo. Su hazaña de

---

menos 300.000 tentativas, practicadas en mujeres que no son ni enfermas, ni están en peligro de muerte y que, además, han pagado millares de dólares para ser cobayas de estos experimentos. ¿Cómo, pues, no cuestionar esta lógica del hecho consumado, esta prisa por difundir nuevas técnicas antes de haber sido objeto de experimentaciones rigurosas y controladas, en una actitud poco compatible con el respeto al progreso científico, a las reglas internacionales de la experimentación sobre sujetos humanos? (VANDELAC L., "La cara oculta de la procreación artificial", en *Mundo Científico*, 96 (1989), p. 1127).

[11] "Se dice que, como los científicos no están dispuestos a parar en sus investigaciones, detrás van los bioeticistas y los juristas tratando de justificar éticamente y legalizar jurídicamente los hechos consumados. El caso de los ovocitos congelados es uno más. En efecto, cuando se hizo público que había nacido en Barcelona una niña procedente de la fecundación in vitro de un ovocito congelado (*nota: esto estaba prohibido por la ley 35/88 sobre TRA*) se produjeron una serie de acontecimientos que desembocaron en la intervención de la CNRHA (*nota: Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida*) y la propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo con la aprobación posterior, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros, del real decreto 120/2003 del 31 de enero (BOE núm. 40 de 15 de febrero de 2003) por el que se regulan los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida". (LACADENA, J.R., "Congelación de ovocitos humanos en España. Un comentario al Real Decreto 120/2003", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 18 (2003), p. 180).

[12] "Todas las TRA hacen correr riesgos a la paciente. Peligro de hiperestimulación ovárica grave (5-10%); posibilidad de embarazo múltiple (15-20%) con frecuencia trillizos o más con complicaciones para el embarazo; incidencia de abortos mayor que la natural (20-30% contra 15-20%); mayor índice de embarazos ectópicos (5-6% frente al 1%)". (GARCEA, N. "Las técnicas de procreación asistida", en *Medicina e Morale*, 1 (1993), p. 65).

[13] "En términos de salud pública la FIV constituye un verdadero absurdo... los gastos de salud de un niño FIV son 45 veces superiores a los de un niño concebido naturalmente... el nacimiento de un niño concebido por FIV oscila entre 40.000 y 60.000 dólares... Los costes exorbitantes de la FIV comprometen no sólo los presupuestos de la prevención de la infertilidad y de la esterilidad, sino que gravan también los presupuestos de los otros tratamientos de infertilidad... ayudan a muchas menos parejas (EEUU, 1987- De 1000 millones de dólares destinados a la infertilidad y la esterilidad, 66 se destinaron a FIV, es decir, el 7% de los gastos totales para menos del 1% de las parejas infértiles tratadas)". (VANDELAC, L., "La cara oculta de la procreación artificial", op. cit., p. 1128). "En tal sentido se ha observado muy atinadamente... que una trayectoria que se viene dando en política sanitaria es que toda innovación discurre por un camino que lleva del nivel de ensayo al de exigencia social, obligando en su discurrir a remodelar la distribución de recursos públicos en la economía sanitaria". (LLEDO-YAGÜE, F. *El alquiler de úteros y el problema de las madres sustitutas o por encargo*, en AA.VV. *La Filiación a finales del siglo XX. Problemática planteada por los avances científicos en materia de reproducción humana*, Trivium, Madrid 1988, p. 320).

[14] "Willadsen, S.M., tras fabricar quimeras cabra-cordero, acaba de obtener tres corderos por la técnica de la clonación... Hace años irrumpió en una discusión científica con este desafío: «dadme un huevo de rata y un huevo humano; si quiero, puedo fabricar una quimera...» (Jacques Testar, *El huevo transparente*, Colección Plural. Ciencia Abierta, 1988)". (DE DONESTEVE, F. Y VELÁZQUEZ-GAZTELU, I. *Iter legislativo*, en MARTÍNEZ-CALCERRADA, L., *La Nueva Inseminación Artificial*, Central de Artes Gráficas, S.A., Madrid, 1989, p. 504).

robar el fuego de la fragua de Vulcano para posibilitar la técnica a los hombres, terminó en locura de "violencia y destrucción, de forma que la Humanidad estuvo a punto de perecer víctima de sus propios inventos". [15] Una auténtica revolución, como la que dio entrada a la modernidad, sin sangre visible pero con más muertos que aquella, es la que ahora nos está metiendo en la posmodernidad. La conciencia de que las cosas no pueden seguir así aflora por todas partes. Cada día nos damos más cuenta de que una tecnología sin control no es beneficiosa.

"Se plantean con toda fuerza los siguientes interrogantes: ¿Es la ciencia un valor absoluto? ¿Debe subordinarse a principios éticos? ¿Es éticamente neutral, o por el contrario, lleva siempre consigo una valoración de sus efectos sociales? ¿Tiene algún límite en sus aplicaciones prácticas? En tal caso, ¿quién lo fija?". [16]

Pero las cosas no se quedan ahí, cuando comienza la penosa búsqueda de lo que pueda poner bajo control a la pequeña fiera, se tocan las puertas del Derecho, de la Ética, de la conciencia del científico, de los organismos internacionales, de la sociedad en general, y la respuesta es muy débil o nula. Resulta que el virus ha llegado en un momento inoportuno, cuando las defensas estaban bajas, y ha infiltrado tanto estas instancias que estamos ante una situación bastante más precaria. Se habla de una atmósfera ideológica [17], que penetra personas e instituciones y neutraliza las salidas, lo cual complica las cosas todavía más.

Los elementos que alimentan la tecnociencia, asociados con la falta de un auténtico humanismo, generan la ideología tecnocrática. En ella, el valor absoluto es el progreso científico y técnico, no el hombre. [18] El hombre queda su-

[15] SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., "Personalidad y familiaridad como principios jurídicos", en *Veintiuno* 15 (1992), pp. 67-68.

[16] ANDORNO, R.L., "Incidencia de la fecundación in vitro sobre la distinción entre personas y cosas", en *Persona y Derecho*, 26 (1992), p. 10.

[17] "Los últimos cuarenta años han visto el surgir y el estabilizarse de una nueva cultura. El gran progreso científico... ha generado en los científicos y en los tecnólogos un sentido de omnipotencia, que insensiblemente se ha transmitido y permeado toda la sociedad... Así ha iniciado la era tecnológica con su propia cultura, la tercera cultura, la cultura del posible; cultura que está llegando a ser global y al mismo tiempo fundamental, y de la que hoy la sociedad está saturada. Cultura hecha según J. Brockman, por aquellos científicos y pensadores del mundo técnico que, a través de su trabajo y sus escritos, están tomando el puesto de los intelectuales tradicionales..." (SERRA, A., "Medicina "biotecnológica" o medicina 'humana'", en *La Civiltà Cattolica*, 3597 (2000), pp. 229).

[18] "Entendemos que la tecnocracia es una ideología, que sustenta a una práctica, que pretende organizar el mundo y transformarlo, mediante la ciencia y la técnica, a fin de lograr el mayor bienestar posible, para lo cual las tareas de la sociedad son asumidas por el Estado, por alguna organización multinacional o por un supergobierno mundial, imponiendo una racionalización cuantitativa de todas las actividades". (FERNÁNDEZ DE LA CIGONA CANTERO, M.D.C., "La dignidad de la persona en la legislación genética española", en *Verbo* 323-324, (1994), p. 512).

bordinado a ese progreso científico y "el progreso científico no admite verse frenado, por lo que no cabe alegar ningún principio moral, filosófico o religioso, que ponga en tela de juicio determinados descubrimientos científicos o aplicaciones concretas de los mismos". [19] La pequeña fiera se ha convertido en una maquinaria gigantesca, capaz de aplastarlo todo, sin que nada la pueda frenar, porque todo está a su servicio. Todas las instancias invocadas para poner remedio están tocadas por la enfermedad. Un signo de la debilidad es la división existente entre ellas. La ideología tecnocrática ha logrado separar hábilmente los campos correspondientes o engañar sutilmente a los interesados. Así la con-

ciencia individual se ve condicionada de tal forma que pierde su fuerza para mover a la persona, resignándose ésta a ser parte del engranaje. [20] A la política se le señala su propio campo que es la búsqueda del progreso y del bienestar de la población (los aspectos económicos). [21] En ello tiene un papel fundamental el mismo avance de la tecnociencia, con lo que nuestro Estado, "al que se le exigió el laicismo, en aras del pluralismo, en una aparente paradoja, deja de ser neutral y se convierte en el artifice impulsor de una ideología parcialísima". [22] La Ética se presenta como algo subjetivo (por eso hay muchas) que ayuda a las personas en su vida privada y que no tiene nada que ver con el conocimiento y la ciencia. [23]

[19] *Ibidem*, p. 513.

[20] "El sujeto de la era técnica... queda dentro de una máquina gigantesca... La buena voluntad sirve de poco cuando se encuentra frente al poder que planifica, selecciona e impulsa hacia el cumplimiento de sus propios intereses... En estas circunstancias... los individuos... son parte de un engranaje que los domina y que desborda la capacidad individual ... el mal imperante se enmascara con otras apariencias positivas-exigencias científicas, progreso, bienestar de la humanidad- y se despersonaliza en las instituciones y organismos sin rostros personales, para que nadie tenga que sentirse culpabilizado". (LÓPEZ AZPITARTE, E., "Los problemas éticos en el campo de la investigación humana", en *Proyección*, 147 (1987), pp. 300 y 303).

[21] "Sea como fuere, se ha extendido la sensación de que por un lado la autoridad pública no debe inmiscuirse en asuntos morales, mientras que por otro la moral social bebe sus fuentes en la realidad sociológica antes que en la investigación racional". (SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., "Personalidad y familiaridad como principios jurídicos", op. cit., p. 68).

[22] FERNÁNDEZ DE LA CIGÜÑA CANTERO, M.D.C., "La dignidad de la persona en la legislación genética española", op. cit., p. 512.

[23] "... algunos piensan que esta preocupación ética es algo completamente marginal... ¿es de verdad absolutamente necesaria?... corrientes como el positivismo lógico y otras afines han querido eliminar del proceso científico su dimensión moral. El denominador común es la separación absoluta entre el conocimiento que estudia al ser (saber científico) y la decisión que opta por una conducta concreta... El saber científico es el que brota en la razón ... El mundo de la conducta y determinaciones particulares pertenece a otro ámbito diferente... La ética, como ciencia servirá para el conocimiento de los diversos sistemas morales... en cuanto busquemos valorar una conducta para juzgar sobre su moralidad, entramos de inmediato en el terreno de lo subjetivo... conclusión coherente: a nadie se le puede imponer, como obligatoria o rechazable, una conducta... Sería absurdo limitar la libertad de investigación por unos principios éticos sin ninguna consistencia objetiva". (LÓPEZ AZPITARTE, E., "Los problemas éticos en el campo de la investigación humana", op. cit., pp. 293-294).

La sociedad es engañada con el señuelo del remedio de terribles enfermedades, la mágica palabra "ciencia" y sus derivados. [24]

### Tecnocracia, Positivismo y Derecho

Y, ¿qué decir del Derecho?, que ha sido doblegado por completo a los intereses tecnocráticos a través de diversos mecanismos. Uno de ellos, sin duda, la unión de investigación con libertad y autonomía. Con ello, la tecnocracia se ha metido hasta el corazón del Derecho, nada menos que como derecho fundamental. Otro mecanismo, no menos importante, que ya estaba funcionando desde hace tiempo, el Positivismo, enfermedad que ya sufría el Derecho, apartado de una ética auténticamente humana,

y que hizo de terreno abonado para las semillas del progresismo a ultranza. Por otra parte, los tecnócratas difunden sin descanso esta separación de poderes: "Cada uno a lo suyo" [25], dirá Mayor Zaragoza, como si lo de unos no tuviera nada que ver con lo de los otros. Y, entre los que postulan limitaciones, abunda una prudencia excesiva, bastante inocente, que habla de no poner límites, de encauzar, de integrar, del consenso social, en resumen: prohibido prohibir. [26]

Si repasamos la historia nos daremos cuenta de que los científicos han disfrutado tradicionalmente de un alto grado de autonomía y que en muy pocas ocasiones se le han impuesto controles externos a su actividad. [27] La constitucionalización de la libertad de investiga-

[24] "Ahí ya tenemos el primer enganche que nos permite hacer la vista gorda con los posibles excesos de algunos científicos. A la espera de las benditas soluciones no nos importa que aparezcan las ovejas clónicas, ni las vacas locas, ni ratones con orejas humanas. Además la ciencia moderna nos hace confiar como nada en el mundo en sus imposiciones, cualquier cosa que venga refrendada como científica nos hace bajar la guardia, debido precisamente a la reputación que ha conseguido ganarse el mundo científico en las últimas décadas (Testart)". (JIMÉNEZ AGUILERAS HERNÁNDEZ, V., *Conciencia del límite*, op. cit., p. 166).

[25] "Por tanto, serenidad y cada uno a lo suyo... Lenguaje más preciso por parte de los científicos, y mayor precaución y reflexión en otros círculos (los religiosos incluidos) antes de pronunciarse sobre temas muy concisos ajenos a su ámbito y preparación". (MAYOR ZARAGOZA, F., "Gen-Ética", op. cit., p. 19)

[26] "No es cometido de la ética poner límites a las técnicas de reproducción humana, sino de orientarlas por los derroteros del proceso de humanización". (VIDAL GARCÍA, M., "Fecundación artificial: ciencia y ética", en *Jano*, 723 (1986), p. 7). "... las sociedades que son verdaderamente libres tienen pocas necesidades de prohibir y, en utopía, serían innecesarias las prohibiciones, ya que todos los ciudadanos cumplirían con sus obligaciones y a la vez verían respetados sus derechos. En una sociedad civil, plural y democrática -aunque imperfecta- como la nuestra, los límites a la investigación genética deben establecerse a través de la aprobación de leyes acordes con el consenso social. (EGOZCUE, J., "El embrión manipulado", en *La Vanguardia*, (22-X-93)". Citado por GUIMERA, J.F., "Consideraciones jurídico-penales sobre las conductas de clonación en los embriones humanos (y II)" en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 2/1995: p 99, cita 89.

[27] APARISI, A., "Manipulación genética, dignidad y derechos humanos", en *Persona y Derecho*, 41, (1999), p. 294.

ción es algo reciente y motivado por el espíritu tecnocrático. Desde el momento en que la ciencia empezó a tocar temas sensibles, la Tecnocracia empezó a estar amenazada por el Derecho y se hacía necesario convertirlo en aliado. El mecanismo fue sencillo. Había que explotar dos cosas. Por un lado una verdad y por otro lado el victimismo. [28] Por el lado de la verdad, la bondad del conocimiento y su provecho para el bien común. Por el lado del victimismo, las reales o imaginarias limitaciones a las que hubiera estado sometida la investigación científica en el pasado, los casos Galileo y similares, debidamente maquillados y presentados. El resultado fue la positivización, como forma de garantía, de este derecho, elevado al rango de fundamental. Desde dentro del Derecho las cosas resultan más fáciles para la Tecnocracia pues ahora todo es cuestión de solucionar conflictos de derechos. Recordemos que para la mentalidad jurídica positivista todos los derechos se perciben como patrimoniales, es decir, que todo es negociable, ponderable, susceptible de ceder ante otra cosa, y no nos tienen que extrañar fórmulas del tipo:

“Nos encontramos así con la posibilidad de colisión de intereses o valores de suma importancia: por una parte, la libertad y posibilidad de investigar, en atención a las evidentes ventajas de las que se beneficia la sociedad... En este sentido, debe fundamentarse no la libertad, sino sus limitaciones, por eso se ha dicho que el investigador se encuentra en una posición de partida de ventaja, en cuanto que no es él quien debe legitimar sus investigaciones, sino que, muy al contrario, son las limitaciones a esa libertad de investigación las que necesitan ser legitimadas. Y por otra parte, el derecho de las personas a no sufrir ningún menoscabo en su propia dignidad personal. Surgiendo la siguiente pregunta ¿estos intereses son conciliables?”. [29]

Seguramente el autor no se daba cuenta de lo que estaba escribiendo. Está poniendo la dignidad de la persona al nivel de la investigación científica, cuando se trata de dos órdenes totalmente diferentes. Sería algo así como que por conservar el reloj, que le quieren robar, prefiere que le quiten la vida.

---

[28] “La codificación de la libertad de investigación como derecho humano universal se comprende desde una postura derivada de la oposición al intervencionismo estatal contra un saber que desagrada al poder. En los tiempos modernos, los derechos humanos han sido formulados en primera línea como una posición defensiva contra el Estado absoluto, aunque la definición en concreto de sus contenidos queda todavía por hacer”. (THOMAS, H., *El compromiso con el diseño ético*, en «<http://www.aebioetica.org/rtf/thomas.rtf>» (1997).

[29] HIGUERA GUIMERÀ, J.F., “Consideraciones jurídico-penales sobre las conductas de clonación en los embriones humanos (I)”, en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 1 (1994), p. 67.

Los más moderados se conforman con que:

"... los derechos fundamentales del individuo constituyen el límite infranqueable, sin perjuicio de las matizaciones que exijan las situaciones concretas". [30]

Lo que nunca se había puesto en duda, que la persona está antes que cualquier otra cosa, ahora no sólo se cuestiona sino que hay que justificarlo y, si se llega a aceptar, puede haber excepciones en situaciones concretas. Hay que darle al científico todos los motivos por los que se le ponen límites a su investigación. El juego de darle la vuelta a las cosas ha funcionado y el Derecho se convierte en aliado fiel de la Tecnocracia,

hasta tal punto que, en este campo, los que marcan la pauta legislativa son los científicos "porque son los que saben del tema". [31]

Pero hay más recursos tecnocráticos para sortear las posibles dificultades. El principal es la manipulación del lenguaje. Cuando está claro que se está tocando la dignidad humana, lo que se hace es que desaparezca del horizonte, por medio del lenguaje, la posibilidad de que se pueda pensar que eso es así. [32] Los recursos son muy variados. Se incluyen las finas distinciones terminológicas, y las falsedades más evidentes, en párrafos en que prácticamente cada palabra encierra un error. Se ilustra con un ejemplo comentado en negrita:

[30] ROMEO CASABONA, C.M., "¿Límites jurídicos a la investigación y a sus consecuencias? El paradigma de la clonación", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 6 (1997), p. 37.

[31] "Y esto es lo que, a nuestro juicio, está sucediendo, incluso en amplios sectores de la doctrina jurídica, dentro y fuera de nuestras fronteras, apareciendo como si la fascinación ante los nuevos procedimientos hiciese olvidar o minimizar los sempiternos principios, aprestándose ese sector de la doctrina a proporcionar el instrumental jurídico necesario, en algún caso por derroteros distintos, cuando no opuestos, a la normativa vigente" (VIDAL MARTÍNEZ, J., "Las nuevas formas de reproducción humana ante el Derecho civil: Introducción y panorama general", en *Revista General de Derecho*, 502-3 (1986), p. 3735).

[32] "... es suficiente aludir a la utilización de términos talismán o términos estratégicos, que parecen estar más allá de toda posible crítica; son intocables... De esta manipulación se han servido ideólogos, tecnócratas o no, así como aquellos que sostienen que la investigación científica en general, y por ende, la biotecnología en especial, no deben tener límites porque es contrario al progreso, a la libertad y al espíritu científico... Junto a la utilización de determinadas palabras se encuentra, también, el empleo de unas en lugar de otras; el sustituir un término o expresión, cuyo sentido es difícil de cambiar o de provocar la inhibición de la capacidad de discernimiento, por otro que no encierra tales dificultades... Así ocurre, por ejemplo, con la palabra preembrión y las expresiones interrupción del embarazo y material genético". (FERNÁNDEZ DE LA CIGOÑA CANTERO, M.D.C., "La dignidad de la persona en la legislación genética española", op. cit., p. 515). "Conviene recordar también que por razones fundamentalmente de utilidad económica o política se han justificado actos contrarios a la dignidad de la persona humana, mediante el procedimiento de reducir la propia definición de persona... a la hora de justificar esta reducción no han dejado de encontrarse argumentos más o menos ingeniosos... la extensión del concepto utilitarista de persona, que excluye a los nasciturus y a los enfermos terminales, no puede sino considerarse como una manifestación más del interés reduccionista que hemos denunciado". (SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., *Personalidad y familiaridad como principios jurídicos*, op. cit., p. 71).

"Tenemos que realizar un esfuerzo de permanente interacción con los medios de comunicación para evitar contribuir a la confusión (se empieza diciendo que se quiere aclarar, que no se quiere confundir; así el lector queda bien predisposto a lo que vendrá) y, particularmente, no crear expectativas que, muy probablemente, no se cumplan (a la vez que, por un lado, unos tecnócratas se han encargado de fomentar las expectativas, para lograr las autorizaciones, por otra parte, otros se ocupan de disfrazar todo con una buena dosis de prudencia). Para ello, como adelantaba anteriormente, debemos utilizar escrupulosamente la terminología (las nuevas distinciones o los cambios terminológicos que se hacen para desfigurar la realidad). El ejemplo más espectacular en la actualidad, que ha hecho correr ríos de tinta y hacer declaraciones, total o parcialmente incorrectas o desmesuradas desde muchas instancias, es el de las llamadas células madre embrionarias. Al utilizar indebidamente la palabra embrionarias -es decir, procedentes de o pertenecientes a un embrión- se ha desencadenado, con razón, una polémica tan acalorada como innecesaria. Porque no son células embrionarias sino derivadas de células de la masa interna de blastocistos (estas afirmaciones son contradictorias pues el blastocisto siempre ha

sido considerado una etapa del desarrollo embrionario) tempranos procedentes de cigotos (es decir, óvulos fecundados), (es obvio que proceden de cigotos y que son blastocitos tempranos, pero esto no los hace menos importantes, que es lo que se pretende hacer pensar) mucho antes de que se adquieran algunas de las primerísimas señales de organización embrionaria (la organización embrionaria comienza con el inicio de la fecundación). Además, estos blastocistos se hallan en condiciones de inviabilidad, ya que no se anidan natural ni artificialmente. (Distinción dirigida a minusvalorar más al embrión preimplantatorio: la condición de inviabilidad, independientemente del contenido que se le quiera dar, no añade ni quita nada a la esencia del blastocisto, es algo accidental). En efecto, en el proceso de embriogénesis no tiene sentido aseverar que el principio y el producto son los mismos (depende de en qué sentido se hable, morfológicamente no, desde luego, pero ése no es el sentido adecuado en este caso; ontológicamente se trata del mismo ser), que la semilla es igual al fruto, que la potencia es igual a la realidad. El cigoto posee el potencial de diferenciarse escalonadamente en embrión, pero no la potencialidad, la capacidad autónoma y total para ello". [33] (El recurrir a una falsa

---

[33] MAYOR ZARAGOZA, F., "Gen-Ética", op. cit., p. 18.

distinción entre "potencial" y "potencialidad" confunde más: poseer el potencial de..., significa exactamente lo que se quiere negar: que se posee la capacidad total en sí, aunque se precise de factores externos para desarrollarla. Autonomía significa poseer la capacidad de dirigir el propio desarrollo. Autonomía no es contar, aquí y ahora, con todos los elementos que son necesarios para que este desarrollo se dé).

Otra herramienta muy socorrida es una especie de razonamiento inverso que contempla el marco de exceso actual como justificador de nuevos excesos más pequeños:

"Si hemos aceptado, con limitaciones, la interrupción del embarazo en algunos casos, ¿por qué se rechaza una técnica que puede traer muchos bienes y no daña a nadie? (hablando de la clonación) (ABC, Salud, 23/2/2002)". [34]

Típico de esta manipulación positivista es el recurso al rigorismo de la letra de los textos, cuando conviene, y el recurso a una lógica poco rigurosa:

"¿Podría la destrucción de embriones congelados llegar a alcanzar la calificación de aborto? ¿Es posible hablar de aborto in vitro?... creemos que la destrucción de un embrión fecundado in vitro antes de haber sido transferido al útero no encaja dentro del concepto de aborto tal y como éste se define en el código penal, dado que se desconoce si el procedimiento de fecundación va a alcanzar el éxito consistente en el embarazo". [35]

Este texto ilustra, de una parte, el apego a la letra por parte del positivismo jurídico: el autor se limita al concepto de aborto que considera el derecho penal porque es el marco que le conviene. Podría haberse fijado en el diccionario [36] y haber usado el sentido común para darse cuenta de que lo nuclear del aborto es la muerte del *nasciturus*, no tanto el asunto de la gestación. Por otra parte, el texto ilustra también la estructura débil del razonamiento: se argumenta que la destrucción de embriones congelados no sería aborto porque no se tiene la seguridad de que vaya a darse el embarazo. [37]

[34] URCELAY ALONSO, J., "Bioética y economía", en *Verbo*, 409-410 (2002), p. 755.

[35] YZQUIERDO TOLSADA, M., "Las nuevas formas de reproducción humana: aspectos jurídicos", en *Jano* 723 (1986), pp. 70-1.

[36] Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas.

[37] Si no hay embarazo, no hay aborto, piensa el autor, cuando lo esencial del aborto es la muerte del embrión o feto, y el lugar donde se encuentra es tan sólo un accidente.

El Derecho también actúa como una especie de amortiguador de las exigencias éticas frente a la Tecnocracia, estableciendo unos límites que se dicen éticos, por el hecho de estar contemplados en la legislación, pero que en realidad son nada más tranquilizantes de la conciencia social. La Tecnocracia, tolerándolos, aparece menos despótica y más humana y tampoco se perjudica gran cosa a sí misma. Los límites están colocados casi siempre en puntos que todavía no están al alcance de la tecnociencia por lo que no hay peligro. Ahora bien, cuando la tecnociencia llega a ellos y hace posibles prácticas vetadas hasta el momento, los límites cambian de sitio o son sorteados hábilmente. Los límites absolutos están descartados en la ideología tecnocrática, son su antítesis y de ninguna forma pueden ser tolerados. [38]

## ACLARANDO TÉRMINOS

La situación descrita no parece muy alentadora pero a pesar de tanta complicación, se puede hacer algo de claridad. Lo primero que hay que decir es que ni el progreso, ni la investigación científica son negativos, considerados en sí mismos. Los problemas aparecen cuando ocupan un lugar inadecuado en la mente de las personas, se conciben como mitos y se construye sobre ellos una ideología. Una de las defensas típicas de la Tecnocracia, frente al intento de colocar las cosas en su sitio, es poner fuera de juego al crítico que se atreva, aplicándole los calificativos de oscurantista, enemigo de la humanidad, etc. [39] Hay que distinguir bien: "Lo contrario de un progreso sin límites no es ni el estancamiento

[38] "Sin embargo debemos recordar que todas estas manipulaciones que hoy no están admitidas legalmente, pueden modificar su situación legal. En cuanto ciertos intereses primasen o pareciesen más beneficiosos económica o políticamente, esa legislación podría ser reformada, ya que en lo que a legislar se refiere cada vez se tiene menos en cuenta los argumentos morales, o en todo caso se atiende como ya hemos señalado anteriormente a una ética de mínimos o a una ética legal". (FERNÁNDEZ DE LA CIGONA CANTERO, M.D.C., "La dignidad de la persona en la legislación genética española", op. cit., p. 524). "Lo que no se hace no es tanto porque no se debe, sino porque no se puede, pero, desde el momento en que la técnica posibilite el avance, impedirlo por una normativa ética equivaldría a convertir la moral en una ideología conservadora y opuesta a la dinámica de la ciencia". (LÓPEZ AZPITARTE, E., "Los problemas éticos en el campo de la investigación humana", op. cit., p. 296).

[39] "... parece que se quiere implantar la convicción de que cualquier preocupación sobre el embrión humano y sobre las acciones directamente destructivas a que sea sometido corresponden a una actitud supersticiosa y anticientífica. De esta forma, los científicos que pretenden las modificaciones del estatus legal del embrión, y aspiran a profundizar en caminos erróneos emprendidos en este aspecto o quieren cambiar la reciente regulación penal sobre clonación, actuarían en nombre de la ciencia. Los otros científicos, los que consideran que estas acciones no sólo no son necesarias sino que son gravemente perjudiciales desde el punto de vista de lo humano, lo harían desde la pertenencia a alguna cofradía... La consecuencia parece clara; si uno encuentra dudas éticas a la clonación y posterior destrucción de embriones, aunque ofrezca alternativas de investigación, se coloca automáticamente en contra del tratamiento del Alzheimer o la diabetes. Desde luego, quienes pretenden usar los embriones se lo ponen a sí mismos muy fácil. Basta invocar cualquier razón benéfica o la posibilidad remota de que una acción actual genere un bien en el futuro para que cualquier objeción ética o jurídica resulte descartada". (SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., "Investigación con células madre. Una cuestión jurídica", en *Verbo* 407-408 (2002), p. 588).

to ni el retroceso. Quien se opone a un progreso a cualquier precio no es un enemigo del progreso". [40] Otra defensa es el apelo a lo que otros hacen y al riesgo de perder el tren del progreso y las ventajas económicas que ello nos daría. [41] La autonomía de la ciencia y de la investigación debe entenderse rectamente.

Un segundo punto a aclarar es que los derechos esenciales del ser humano, deben ser realmente intocables. Hay que evitar caer en la trampa del positivismo, no permitiendo, ni siquiera por ficción o método de análisis jurídico, su comparación con los derechos patrimoniales; pues el simple hecho de hacerlo, automáticamente los está rebajando y poniendo en trance de ser vulnerados.

Un tercer punto a aclarar, de ética elemental, es la relación medios - fines. Nunca un fin bueno puede justificar el empleo de un medio malo. [42]

Por último, también conviene poner orden lógico entre todas las disciplinas implicadas, sacando a la luz, armonizando y relacionando sus cometidos, en contra del afán disgregador y confusionista tecnocrático-positivista. Tratándose, como se trata, de actividades humanas, el primer lugar le corresponde a "la ética de verdad" y no a "una ética" cualquiera (la tecnocracia también tiene su ética). La Ética debe iluminar el Derecho y la conciencia del científico. [43] El Derecho debe recuperar su tradicional y sólida conexión con la Ética para poder regular

[40] RAU, J., "¿Irá todo bien? Por un progreso a medida humana", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 14 (2001), p. 37.

[41] "Conozco la frase: si los demás también lo hacen. Pero de entrada a nuestros propios hijos siempre les decimos que tienen que hacer lo que está bien, sin importar lo que hagan los demás. Y tampoco aceptamos este argumento al hablar del trabajo infantil, la esclavitud o la pena de muerte. Lo mismo vale para otro argumento similar: Si no lo hacemos nosotros acabarán haciéndolo otros. Este argumento refleja una capitulación ética. Eso sí, parece especialmente plausible cuando se le da una connotación económica: si no hacemos tal o cual cosa lo harán otros y se colocarán a la vanguardia del progreso, gozarán de ventajas comparativas, nos expulsarán del mercado... Repito: los intereses económicos son legítimos e importantes. Empero, no se pueden contrabalancear con la dignidad humana y la protección de la vida". (*Ibidem*, p. 36).

[42] "lo que... se justifica como... conquista de la ciencia, pierde su dimensión humana, cuando se consigue con unos métodos que no respetan la dignidad de la persona... la victoria resulta vergonzosa... el resultado final... queda manchado por la falta de honestidad anterior... Este presupuesto previo parece de sentido común e innegable... la tecnocracia quiere imponer a la sociedad otros esquemas diferentes, en los que la eficacia y la rentabilidad ocupan los lugares primeros...". (LÓPEZ AZPITARTE, E., "Los problemas éticos en el campo de la investigación humana", op. cit., p. 296).

[43] "No sé si algunos científicos actúan en su campo con las mismas categorías que Maquiavelo aplicó a la política... Tal vez habría que insistir mucho más en lo que Weber llamaba una ética de convicción... única actitud digna es la de aquel que siente con toda su alma esta ilusión por el resultado, pero que, al llegar a un cierto momento, dice: no puedo hacer otra cosa, aquí me detengo... Lo humano parece, entonces, como criterio orientador de base. La libertad de investigación se limita por esa única frontera... si no partiéramos de ese presupuesto, ningún progreso debería adjetivarse como humano". (*Ibidem*, p. 297).

dignamente la vida social. Sólo de esa forma será un instrumento útil para la defensa de todas y cada una de las personas y podrá defenderse a sí mismo de la alienación tecnocrática. [44]

## BIBLIOGRAFÍA

ANDORNO, R.L., "Incidencia de la fecundación in vitro sobre la distinción entre personas y cosas", en *Persona y Derecho*, 26 (1992).

APARISI A., "Manipulación genética, dignidad y derechos humanos", en *Persona y Derecho*, 41 (1999).

BARRI RAGUÉ P.N., *Informe a la Comisión especial de estudio de la fecundación in vitro y la inseminación artificial humanas del Congreso de los Diputados de España (1-IX-85)*. Archivo del Congreso de los Diputados, Se Gral. Leg. 3330 nº único.

BUSTOS PUECHE J.E., "Reflexión jurídica ante el 'Mundo Feliz' de Huxley", en *Tapia*, ene-feb (1994).

DE DONESTEVE Y VELÁZQUEZ-GAZTELU F., "Iter legislativo", en L. Martínez-Calcerrada, *La nueva inseminación artificial*, Central de Artes Gráficas, S.A. Madrid, 1989.

---

[44] "Me ha parecido necesario destacar en otra ocasión que, con el fin de criticar las precedentes afirmaciones en clave moralista y hasta fundamentalista, alguno podría objetar: pero, ¿no se da cuenta usted de que el precepto moral apela a la conciencia, mientras la norma jurídica mira en cambio a las relaciones externas, a la conducta social del hombre? ¿No se da cuenta de que en todo este razonamiento, además de confusión conceptual, se transparenta una cierta nostalgia del sistema político jurídico del estado confesional católico? Ciertamente, enseñaba Cicerón, existe una ley verdadera: es la recta razón; ella es conforme a la naturaleza, se la halla en todos los hombres; es inmutable y eterna; sus preceptos llaman al deber, sus prohibiciones protegen del error... Es un delito sustituirla por una ley contraria; está prohibido no cumplir una sólo de sus disposiciones; nadie tiene la posibilidad de derogarla completamente (De republica, 3, 22, 33). Digan lo que digan quienes la niegan, es un hecho que esta ley natural, ya proclamada como lo justo natural en la filosofía griega (Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, V, c.7, 1134b 18-19) y como *ius gentium* por el derecho romano (Instituciones de Gayo 1,1) para tutela del buen gobierno y de la justicia, ha permanecido sustancialmente inalterada a través de la historia. Más aún, ha sido un factor decisivo en el desarrollo civil de los pueblos y de las culturas... es verdad que la Moral y el Derecho son dos ciencias diversas, que miran al hombre desde perspectivas y con finalidades diferentes. La Moral se ocupa primariamente del orden del hombre como persona... El Derecho se ocupa primariamente del orden social... si el hecho más relevante y positivo del progreso de la ciencia del Derecho, en el siglo XX, ha sido justamente poner en el centro de la realidad jurídica a su verdadero protagonista, el hombre, fundamento y fin de la sociedad, es obvio que el Derecho de una sana democracia debe tener en cuenta cuál es la estructura propia de la persona humana ontológicamente fundada: su naturaleza de ser no sólo animal e instintivo sino inteligente, libre y con una dimensión trascendente y religiosa del espíritu que no puede ser ignorada, ni mortificada... Aquí no hay espacio -en pura honestidad científica- para el relativismo ético (negar la existencia de una verdad objetiva sobre el hombre y sobre la vida humana), como no hay espacio (si se quiere evitar la instauración de una sociedad donde reine la ley de la selva) para defender la legitimidad de un derecho positivo divorciado de la ley moral natural". (HERRANZ, J., "La humanidad ante una encrucijada: derecho y biología", en *Cuadernos de Bioética*, 46 (2001), p. 337-338).

EGOZCUE J., "El embrión manipulado", en *La Vanguardia*, (22-X-93).

FERNÁNDEZ BUEY F., "Sobre tecnología y bioética: los árboles del paraíso - parte I", en *Bioética 2000*, 1 (Vol 8).

FERNÁNDEZ DE LA CIGÜÑA CANTERO, M.D.C., "La dignidad de la persona en la legislación genética española", en *Verbo*, 323-324 (1994).

GARCEA, N., "Las técnicas de procreación asistida", en *Medicina e Morale*, 1 (1993).

GARCÍA CANTERO, G., "Las nuevas formas de reproducción humana", en *Verbo*, ene-feb (1986).

HERRANZ, J., "La humanidad ante una encrucijada: derecho y biología", en *Cuadernos de Bioética*, 46 (2001).

HIDALGO, S.N., "Clonación o reproducción en serie de seres humanos, ¿una alternativa del siglo XXI?", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 4 (1996).

HIGUERA GUIMERÁ, J.F., "Consideraciones jurídico-penales sobre las conductas de clonación en los embriones humanos (I)", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 1 (1994).

JIMÉNEZ AQUILES HERNÁNDEZ, V., "Conciencia del límite", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 15 (2001).

LACADENA CALERO, J.R., "Congelación de ovocitos humanos en España. Un comentario al Real Decreto 120/2003", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 18 (2003).

LÓPEZ AZPITARTE, E., "Los problemas éticos en el campo de la investigación humana", en *Proyección*, 147 (1987).

LLEDO-YAGÜE, F., "El alquiler de úteros y el problema de las madres sustitutas o por encargo", en *Aa.Vv, La Filiación a finales del siglo XX. Problemática planteada por los avances científicos en materia de reproducción humana*, Trivium, Madrid 1988.

MAYOR ZARAGOZA, F., "Gen-Ética", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 18 (2003).

PEREDA GONZÁLEZ, S. Y CABALLERO PEREGRÍN, P., *Informe a la Comisión especial de estudio de la fecundación in vitro y de la inseminación artificial humanas del Congreso de los Diputados (sin fecha)*. ACD Se Gral Leg 3330 nº único.

RAU, J., "¿Irá todo bien? Por un progreso a medida humana", en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 14 (2001).

ROMEO CASABONA, C.M., "¿Límites jurídicos a la investigación y a sus consecuencias? El paradigma de la clonación",

en *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 6 (1997).

SERRA, A., "Medicina 'biotecnológica' o medicina 'humana'", en *La Civiltà Cattolica*, 3597 (2000).

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., "Personalidad y familiaridad como principios jurídicos", en *Veintiuno*, 15 (1992).

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., "Investigación con células madre. Una cuestión jurídica", en *Verbo*, 407-408 (2002). Thomas H., *El compromiso con el disenso ético*, en <http://www.aebioetica.org/rtf/thomas.rtf> (1997).

URCELAY ALONSO, J., "Bioética y economía", en *Verbo*, 409-410 (2002).

VANDELAC, L., "La cara oculta de la procreación artificial", en *Mundo Científico*, 96 (1989).

VIDAL GARCÍA, M., "Fecundación artificial: ciencia y ética", en *Jano*, 723 (1986).

VIDAL MARTÍNEZ, J., "Las nuevas formas de reproducción humana ante el Derecho civil: Introducción y panorama general", en *Revista General de Derecho*, 502-3 (1986).

VILA-CORO BARRACHINA, M.D., "Nuevas tendencias del Derecho de familia", en *Revista General de Derecho*, 543 (1989).

YZQUIERDO TOLSADA, M., "Las nuevas formas de reproducción humana: aspectos jurídicos", en *Jano*, 723 (1986).

# EUTANASIA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD

## Ramiro Délio Borges de Meneses

- Profesor Adjunto del Instituto Politécnico de Salud del Norte, *Gandra y Famalicão* (Portugal)
- Investigador del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Portuguesa (Porto)

### Palabras clave

- Eutanasia
- Decisión clínica
- Autonomía
- Heteronomía
- Axiología y responsabilidad

## INTRODUCCIÓN

La discusión acerca de los valores sociales, culturales y religiosos, asociados a la cuestión de la eutanasia, se remontan a la Grecia antigua. En Atenas, el Senado tenía el poder absoluto para decidir sobre la eliminación de los ancianos y de los enfermos incurables, administrándoles *conium maculatum*, en ceremonias especiales. Sócrates, Platón y Epicuro defendían la idea de que el "sufrimiento" que resultaba de una afección dolorosa justificaba el suicidio o la muerte. En Marsella, en ese tiempo, había un depósito público de "cicuta" a disposición de todos. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, por el contrario, condenaban el suicidio. En el juramento de Hipócrates consta: "Yo no daré cualquier droga fatal a una persona, si me fuera solicitada, ni sugeriré el uso de cualquiera de este tipo". De este modo, la escuela de Cos ya se posicionaba contra lo que hoy se designa como eutanasia y como suicidio técnicamente asistido.

Esas discusiones y prácticas no quedaron circunscriptas sólo a Grecia. Cleopatra VII (69 aC - 30 aC ) creó, en Egipto, una academia para estudiar las formas de muerte menos dolorosas. Así se refería Cicerón a la "buena muerte": *felici vel honesta morte mori*. [1]

La discusión sobre este tema prosiguió a lo largo de la historia con la participación de M. Lutero, Tomás Moro (*Utopía*), David Hume (*On suicide*), Karl Marx (*Medical Euthanasia*) y Schopenhauer. Pero su apogeo fue en 1895 en la entonces Prusia, cuando finalmente, durante la discusión del plan nacional de salud, se propuso que el Estado debería proveer los medios para la realización de la eutanasia en personas que se consideraran incapaces de solicitarla.

En el siglo XX esta discusión tuvo sus dos momentos más acalorados entre las décadas del '20 y del '40. Durante este período fue muy significativo el número de relatos de situaciones caracterizadas como eutanasia por la prensa laica. En Europa, especialmente, se habló mucho de eutanasia asociándola con "eugenesia". Esta propuesta buscaba justificar la eliminación de personas con deficiencias, pacientes terminales y portadores de patologías crónicas. En esos casos, la eutanasia era, en realidad, un instrumento de higienización social, con la finalidad de buscar la "perfección" o el "perfeccionamiento" de una raza y no guardaba relación con la compasión, la piedad o el derecho, para terminar con la propia vida. [2]

En 1931 se propuso en Inglaterra la legalización de la eutanasia voluntaria

---

[1] CICERÓN, M. T., *Correspondance*, texte établie et traduit, tome IV, Les Belles Lettres, Paris, Libre, 1965, IV, XVI, 7, 3.

[2] URRACA MARTÍNEZ, S. (ed.), *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Madrid, Editorial Noesis, 1996, pp. 316-318.

que fue discutida hasta 1936, cuando la rechazó la Cámara de los Loes. Esta propuesta sirvió de base, posteriormente, para el modelo holandés. A su vez, Uruguay incluyó en 1934 la posibilidad de la eutanasia en su Código Penal a través de la posibilidad del "homicidio piadoso". Esta legislación fue pionera y se encuentra en vigor hasta nuestros días. [3]

En octubre de 1939 se inició el programa nazi bajo el código "Aktion T4". El objetivo inicial era eliminar a las personas que tenían una vida que no merecía ser vivida. Este programa materializó la propuesta teórica de higienización social.

En 1968 la Asociación Mundial de Médicos adoptó una resolución contraria a la eutanasia. En 1987, en la Declaración de Madrid, se consideró a la eutanasia como procedimiento éticamente inadecuado.

En 1973, en Holanda, una médica de familia fue juzgada por practicar una eutanasia en su madre, mediante una dosis letal de sulfato de morfina. La madre había reiterado el pedido de morir. La médica fue procesada y condenada por homicidio con pena en suspenso.

En 1981, el tribunal de Rotterdam revió y estableció los criterios para el

auxilio a la muerte. En 1990, la Real Sociedad Médica de los Países Bajos y el Ministerio de Justicia establecieron una rutina de notificación para los casos de eutanasia, sin convertirla en legal, eximiendo al profesional de los procedimientos criminales hasta la reciente aprobación parlamentaria.

Los territorios del norte de Australia, en 1966, aprobaron una ley que posibilita formalmente la eutanasia. Meses después esta ley fue revocada, imposibilitando la realización de la eutanasia en dicho país. Del mismo modo, este año se reprobó en Brasil un proyecto de ley que posibilitaba la realización de procedimientos eutanásicos.

En mayo de 1997 el Tribunal Constitucional de Colombia estableció que nadie puede ser responsabilizado criminalmente por quitar la vida de un paciente terminal que haya dado libre consentimiento. Esta posición determinó un gran debate nacional entre las dos corrientes (favorables y contrarias).

En octubre de 1997, el estado de Oregon, en los Estados Unidos, legalizó el "suicidio asistido" que fue erróneamente interpretado como que había sido autorizada la práctica de la eutanasia. [4]

[3] BORMANN, F. J., "Töten oder Sterbenlassen", en *Theologie und Philosophie*, 76, Frankfurt (2001), pp. 63-99; RACHLES, J., "Active and Passive Euthanasia", en *New England Journal of Medicine*, 292, New York (1975), pp. 78-80.

[4] SCHELER, M., *Muerte e sobrevivência*, tradução do alemão, Lisboa, Edições 70, 1993, pp. 19-51.

No obstante el hecho de que esta práctica sea milenaria y cuente con una gran cantidad de obras escritas sobre el tema, sea a su favor, sea en contra, nunca se encontró una fórmula interpretativa conciliatoria en la comunidad jurídica.

Relegados durante algún tiempo a un plano secundario, los debates sobre la eutanasia parecen haber retomado su importancia, especialmente, luego de las decisiones de aprobación holandesa, por legislación, y de las decisiones de prohibición del Supremo Tribunal norteamericano.

En efecto, el término eutanasia proviene del griego y se traduce como "buena muerte" o "muerte apropiada". Dicho término fue introducido por Francis Bacon (1623), en su obra *Historia vitae et mortis*, como el tratamiento adecuado para enfermedades incurables. Como bien define el mayor especialista portugués en cuestiones de eutanasia, el Prof. Dr. Daniel Serrão, el uso moderno del término designa la muerte de una persona (enfermo), a pedido suyo, por parte de otra persona (médico), que acoge el pedido y practica un acto intencional destinado a producir la muerte del paciente. Según este bioeticista, en una primera aproximación la eutanasia comprende tres elementos constitutivos, a saber: pedido, aceptación y acto directo. [5]

En términos generales, se entiende por eutanasia, al hecho de que una persona (médico) cause, voluntaria y deliberadamente, la muerte de otra persona (enfermo) que está frágil, debilitada o sufriendo. En este último caso, la eutanasia sería utilizada para evitar la distanasia, es decir, la agonía prolongada, hasta la muerte con sufrimiento físico o psicológico del individuo. El término ortotanasia ha sido utilizado para indicar este tipo de eutanasia. Esta palabra debe ser empleada, en su real sentido, para referirse a los medios adecuados, tratándose de una persona que está por morir.

El término eutanasia es muy amplio y puede tener diferentes interpretaciones. Un ejemplo de utilización diferente de la que se dispone actualmente, es la propuesta de los teólogos Larrag y Claret que, en el siglo XIX, utilizaban el término para caracterizar la muerte en estado de gracia. Así y todo, existen elementos básicos en la caracterización de la eutanasia, que se distinguen por la terminología, es decir:

En cuanto al "tipo de acción":

- **Eutanasia activa:** el acto deliberado para provocar la muerte, sin sufrimiento del paciente, con fines misericordiosos;
- **Eutanasia pasiva:** la muerte del paciente ocurre dentro de una situa-

---

[5] ARCHER, L. L., et al., *Novos Desafios à Bioética*, Porto, Porto editora, 2001, p. 249.

ción de terminalidad porque no se inicia una acción médica o por la interrupción de una medida extraordinaria, con el objetivo de aminorar el sufrimiento. Consiste en la cesación de actividades terapéuticas que prolonguen la vida en una enfermedad terminal o irreversible;

- **Eutanasia de doble-efecto (indirecta):** cuando la muerte es acelerada como consecuencia indirecta de las acciones médicas, que son ejecutadas buscando el alivio del sufrimiento del paciente terminal;
- **Eutanasia directa:** considerada como sinónimo de "eutanasia activa". [6]

En cuanto al "consentimiento libre" del doliente:

- **Eutanasia voluntaria:** cuando la muerte es provocada atendiendo a la voluntad deliberada y libre (por petición expresa) del paciente;
- **Eutanasia involuntaria:** cuando la muerte es provocada contra la voluntad del enfermo;
- **Eutanasia no voluntaria:** cuando la muerte es determinada sin que el enfermo haya manifestado posición en relación a ella. [7]

Los que defienden esa práctica, se basan en el argumento de que, en medi-

cina, existen cuadros clínicos irreversibles, en los cuales el enfermo muchas veces, atravesando terribles dolores y sufrimientos, anhela la "anticipación de muerte" como forma de librarse del padecimiento en vida. La anticipación de muerte, según esta corriente, no sólo atendería los intereses del paciente para morir con dignidad, sino que también daría expresión al principio de autodeterminación para decidir sobre la misma.

Los que se oponen a la práctica de la eutanasia sostienen que es deber del Estado preservar, a toda costa, la vida humana que es un bien supremo. El poder público estaría obligado a fomentar el bienestar de los ciudadanos y evitar que éstos mueran o sean colocados en situación de riesgo. Muchas veces, los eventuales derechos de los pacientes están subordinados a los intereses del Estado, que obliga a la adopción de todas las medidas, apuntando a la prolongación de la vida del enfermo, incluso contra su voluntad. El médico, por su parte, por cuestiones éticas, cumpliendo el juramento hipocrático, debe asistir al enfermo, brindándole todos los medios necesarios para la supervivencia. La tradición hipocrática promueve que los médicos y otros profesionales de la salud se dediquen a proteger y a preservar la

[6] URRACA MARTÍNEZ, S. (ed.), *Eutanasia hoy: un debate abierto*, op. cit., pp. 316-318.

[7] BORMANN, F. J., "Töten oder Sterbenlassen", op. cit., pp. 78-80.

vida. Si la eutanasia se aceptase, como acto médico, los médicos (y otros profesionales) tendrán, también, la tarea de causar la muerte. La participación en la eutanasia, no solamente alterará el objetivo de la atención de la salud, sino que podrá influir negativamente en la confianza de los enfermos en el profesional. La Asociación Mundial de Medicina, desde 1987, considera éticamente incorrecta a la eutanasia.

Más aún, en esta línea de pensamiento, se argumenta que, una vez reconocido el derecho a la eutanasia, éste podría extenderse por direcciones imprevistas, dando lugar a graves abusos.

La prohibición de la eutanasia serviría, sobre todo, como escudo protector contra el problema del suicidio común entre jóvenes y adultos, en favor de los que sufren de males no tratados o enfermedades mentales. En tanto, dicha prohibición garantizaría la integridad de la profesión médica y de la ética clínica, fomentando la confianza en la relación médico-paciente. Además, protegería a los pobres, a los ancianos, a las personas con deficiencias, a los enfermos terminales y otras personas vulnerables, contra la indiferencia o el preconcepto y contra las presiones psicológicas y pecuniarias, para que pongan fin a sus vidas, porque la gran preocupación de la sociología y la filosofía de vida radica en el axioma neoescolástico: *primum vivere, deinceps philosophari*.

Tal vez sería necesario describir a continuación los neologismos, de origen griego, como sustitutos de la clasificación clásica para la eutanasia, a saber:

- **Distanasia:** prolongación artificial de la vida biológica de un enfermo (con enfermedad irreversible o terminal), mediante diagnósticos y/o terapias. Así, los medios tecnológicos pueden ser proporcionados, desproporcionados y, finalmente, un encarnizamiento terapéutico;
- **Adistanasia:** suspensión de la prolongación artificial de la vida, dejando que el proceso patológico termine con la vida del paciente (eutanasia pasiva voluntaria);
- **Ortotanasia:** buena muerte, en el sentido de morir en el momento biológico adecuado. Se refiere al sentido etimológico de la eutanasia;
- **Cacotanasia:** aceleración deliberada de la muerte de un enfermo, sin una decisión voluntaria de éste (eutanasia activa involuntaria).

A pesar de las deficiencias y problemas sobre la eutanasia, en cuanto a terminología e implicaciones éticas, deberá mantenerse esta designación en vez de "tanatopraxis", que es también de origen griego y tiene otras connotaciones, no aquellas que fueron introducidas por Francis Bacon. Incluso porque, según la definición operativa, la eutanasia deberá ser una intervención activa y voluntaria,

tal como se analizará al tratar los aspectos axiológicos. [8]

Así, *a se et ab alio*, se trata de muerte "intencional" de un enfermo, a pedido suyo, por acción o por omisión. Esta conceptualización deja de lado distinciones entre la eutanasia activa o pasiva y voluntaria o involuntaria. Habrá quien defienda que se debe utilizar solamente la expresión de eutanasia, sin ningún calificativo. [9]

La aceptación de la muerte por parte del enfermo es concebida como una forma de evitar cargas inútiles para la sociedad y sus familias. Este argumento económico continúa siendo ampliamente mencionado para tomar medidas en favor de la eutanasia. La evolución de las sociedades humanas ha sido hecha en el sentido de preservar la vida humana, independientemente de las condiciones de su ser. Cada persona es única y tiene su propia dignidad y como tal debe ser respetada. En este sentido, a partir del siglo XIX comenzaron a prohibirse diversas prácticas antes aceptadas o toleradas, como el aborto, la eutanasia y la eugenesia. Los que defienden la eutanasia, afirman que ésta será la única forma de preservar la dignidad del ser humano, cuando sólo le resta el sufrimiento y la depen-

dencia extrema, al mantener la vida en condiciones artificiales y prolongar el sufrimiento y la agonía de los enfermos.

Los que condenan la eutanasia afirman que ésta será siempre el suicidio de alguien, aunque para morir tengan que pedir ayuda a otros. Quien presta ayuda está por cometer un homicidio o asesinato. Lo que está en juego, según esta perspectiva, es el valor de la vida humana, que bajo ninguna circunstancia debe ser puesto en juego. La eutanasia involuntaria, por todas las razones, será un claro asesinato, porque no la disculpa el pedido de la víctima.

Uno de los temas recurrentes, entre aquellos que recusan la eutanasia, se refiere a la banalización del propio acto. Primero se comienza por eliminar a los enfermos en estado vegetativo. Después de banalizada esta práctica, se extiende la eutanasia a otros casos, en función de las conveniencias del momento. En Holanda, el primer país en legalizar la eutanasia, ésta comenzó siendo sólo voluntaria, para luego pasar a la eutanasia involuntaria, terminando por ser confiada a los médicos, para la cual carecen de la autorización de las familias. En principio, se estableció que los médicos sólo podrían matar a los niños con más

[8] Ídem.

[9] SCHELER, M., *Muerte e sobrevivência*, op. cit., pp. 19-51.

de 13 años sin autorización de los padres y, actualmente, se autoriza que lo hagan luego del nacimiento, siempre que tengan formación. Los números que se presentan son poco fiables dado que varían mucho de autor a autor, pero, en todo caso, involucran millares de personas por año. El pensamiento sobre la muerte suscita habitualmente miedo, terror ante el posible sufrimiento, la angustia no sólo frente a lo desconocido, sino principalmente frente al sentimiento de vacío o de la nada. Es por eso que a nadie le gusta evocar ni la muerte ni su aproximación. La prueba indirecta de esta situación, a nivel de la filosofía, se encuentra en la cantidad relativamente reducida de trabajos dedicados a la comprensión de la muerte y a los problemas vinculados con ella.

## 1. EUTANASIA: PARA LA LECTURA AXIOLÓGICA

Este fenómeno choca, axiológicamente, con la "supervivencia", quedando entre un deseo de muerte anunciado por la degradación de la calidad de vida, proveniente de una enfermedad terminal o irreversible, tanto por la afirmación de la dignidad de la vida, como por la dignidad

en la muerte. La creencia en la supervivencia, según M. Scheler, tiene lugar, cuando la muerte, anormalmente reprimida, reaparece. [10]

Según la fenomenología axiológica de M. Scheler, la dirección esencial de cualquier vida, por oposición a la eutanasia (activa), sigue el sentido de la máxima libertad (autonomía) hasta la máxima dependencia, identificándose esta última con la muerte. Ésta surge como *boni oppositio* que será la *salus*.

La eutanasia, por el prisma axiológico, va de la máxima vinculación (*Verbindung*), impuesta por las condiciones de vida, a la entrega vital por el contenido de los valores y de las personas. [11]

Para la fenomenología de los valores, la eutanasia requiere de una "revisión axiológica", como se expresa por tres verbos latinos:

- *Videre*: el enfermo percibe, en la temporalidad, que desapareció la dignidad de vida, ante la observación clínica, según la semiología y la semiótica de las patologías crónicas. El "ver" es la primera dimensión axiológica;

---

[10] SCHELER, M., *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Halle, Fromman-Verlag, 1921, p. 18.

[11] *Ibidem*, pp. 20-21.

- *Judicare*: hay, según el principio de autonomía, (procede como si la máxima de tu acción se debiese tomar por tu voluntad, como ley universal de naturaleza racional) un pronunciamiento categórico, por imperativo de la voluntad, de terminar con la vida biológica y la intención de intentar una decisión;
- *Agere*: se refiere *hic et nunc* a realizar una acción, por medio de una terapia farmacológica, con mayor frecuencia, o por vía quirúrgica, para determinar la muerte, por acción o por omisión.

Estos momentos axiológicos de la eutanasia implican una "jerarquización de valores", que será diseñada por el enfermo y que varía de patología en patología. Frente a la eutanasia, no todos los enfermos poseen la misma pauta comportamental axiológica (interna o externa), desde la religiosidad y creencia hasta el utilitarismo o positivismo en el vivir y en el morir.

La eutanasia implica, según M. Scheler, la experiencia de los valores morales. Es importante destacar que la estructura de esta experiencia está basada en actos intencionales que, según la perspectiva scheleriana, reve-

lan ser constitutivos de la ética en su esencia (*Wesen*). La experiencia axiológica es semejante a la experiencia de todos los otros valores en la percepción del mismo valor (*Wert fühlen*). Así, sólo en la percepción de los valores, cualesquiera que sean, se comprenderá el valor moral de la eutanasia y se anuncia la esencia tanatológica. Según la axiología fenomenológica, los "valores" que son inherentes a la eutanasia son materiales u objetivamente intrínsecos. El bien o el mal de la eutanasia son los valores del sujeto (*sub-jectum*) de la persona que tiene experiencia de ellos. Pero no son producidos por el sujeto. Los valores morales, en la eutanasia, se revelan en la auténtica percepción del valor del ser humano como sujeto "*auf dem Rücken*". Significa que los valores morales no son sólo experimentados como objeto de la *voluntas*. [12]

En la evocación fenomenológica de M. Scheler, para experimentar los valores se requiere algo secundario e implica una volición condicionada, dirigida a valores materiales "*materiale Werte*", que están implícitos en la eutanasia. Esta experiencia se muestra condicionada por la jerarquía de todos los valores materiales, o sea, en la percepción del *valere* (ser digno), inherente al enfermo.

[12] WOJTYLA, K., *El hombre y su destino: ensayos de antropología*, traducción de Pilar Ferrer, Madrid, Ediciones Palabra, 1998, pp. 156-160.

Para M. Scheler, el *αγάπη* (amor) es el garante, ante una decisión eutanásica, del crecimiento de los valores y de su riqueza, donde se sitúa la vida. La jerarquización de los valores, en la superioridad (dignidad de vida) o en la inferioridad (deseo de morir), se encuentra vinculada al ápice del amor o del odio, como realidades centrales e inherentes a toda la persona.

El amor a la vida y el odio a la muerte, donde se balancea la eutanasia, según M. Scheler, son la fuente del conocimiento de los valores, de su experiencia cognitiva y, ante todo, el principio específico del proceder emocional del sujeto en el mundo de los valores, como clara dirección del proceder: *quae sursum sunt quaerite et sapite*. Gracias al amor a la vida o lo ínfimo, dado en la muerte (por acción o por omisión), la eutanasia se presenta perceptiva y dual (entre el enfermo y el médico). Ante ésta, el gran principio scheleriano, diferente del *a priori* formal y categórico de la Metafísica de las Costumbres de Kant, principio de autonomía, surge en la experiencia concreta *a priori* de los valores una experiencia de esencia emocional, fundamentada en el amor y en el odio. Toda la percepción de la esencia de la moralidad "*Wesenshau*" resulta, en la práctica eutanásica, fundamentalmente

determinada por algunos elementos de este apriorismo. M. Scheler establece, con evidencia, que el *bonum* se presenta en la vivencia del mundo del sujeto y en los márgenes de la intencionalidad concreta (*auf dem Rücken*) dirigida a un valor: dignidad de la persona, que se conserva como calidad de vida y/o sanidad de vida. Así, la eutanasia se sitúa como apetencia para la muerte en el dominio de la intencionalidad real, por el deseo material del enfermo, en la acción o en la omisión. [13]

La eutanasia es un acto intencional, por parte de un médico, dirigido a un contra-valor material y particular, para poner término a la vida de un enfermo. Según la axiología fenomenológica de M. Scheler, el conflicto, en la encrucijada de la eutanasia, según el punto de vista de un *a priori* emocional, no anula, en ningún caso, el hecho de que la obligación concreta determine, de forma decisiva, el drama de la voluntad, donde se formaliza toda la experiencia de los valores morales, donde se manifiesta la verdadera realidad del bien y del mal sobre la muerte.

Si se analiza en términos axiológicos, ¿a quién pertenece la vida? Según la filosofía de la religión, pertenece a Dios, apareciendo como un derecho irrenun-

---

[13] LEONE, S., *Bioetica, Fede e Cultura*, Roma, Armando Editore, 1995, p. 136.

ciable. Pero, el principio de la eutanasia significa hacer depender la vida de un individuo por voluntad de otro. Está orientada a un "deseo axiológico" *per se ac per accidens* (superación del sufrimiento - eutanasia pasiva), que en su actuación conlleva una decisión (positiva y concreta) tomada por "otro". Aceptar este principio, ante la eutanasia, significa introducir la idea de que la existencia en la vida pueda depender de una serie de condiciones pertinentes. Nadie podrá privar legítimamente a un hombre de la vida, siendo así, el *valere* de la vida inalienable. Necesariamente el derecho a la vida es irrenunciable, porque ningún enfermo o médico puede disponer de ella. Es y tiene *valere*, porque tampoco se puede disponer de ella.

Según la axiología de la eutanasia, el valor de la vida se podrá sintetizar en los siguientes adjetivos del *a priori* desiderativo de la voluntad (concreta y particular).

- inalienable: no se puede hacer depender de otra voluntad;
- irrenunciable: no se puede posponer a valores que le están subordinados. [14]

La cuestión ética de la eutanasia, antes que una cuestión teleológica, es,

sobre todo, un problema axiológico que implica una "jerarquización de valores". Según la axiología, la ortotanasia es la realización del valor doble: del respeto por la vida humana y por el derecho de morir dignamente.

## 2. EUTANASIA: POR LA LECTURA TEOLÓGICA

### 2.1. Teología bíblica

Según la Revelación veterotestamentaria, se narran acontecimientos tanato-prácticos que se encuadrarían, más o menos, en el ámbito de la eutanasia, tal como la entendemos hoy. La muerte de Abimelech, rey de Sicehem, a manos de un soldado, es justificada porque su cabeza había sido partida por una piedra, arrojada por una mujer de Tebas (Jc 9, 54).

A Saúl, primer rey de Israel, le dio muerte su escudero, para que no fuera asesinado por los filisteos no circuncidados (1 Sam 31, 3-5).

Zambri (Zimri), rey de Samaría durante siete días, murió en el palacio real que incendió, tal como hacían los reyes derrotados, mostrando que la sentencia de YHWH (Yahvé) sería negativa, en rela-

[14] HUME, D., "On suicide", en *Hume's Ethical Writings*, Londres, Collier-Mac Millan, 1970, pp. 297-306.

ción con el reino del norte de Israel (Reyes 16, 18).

Sansón, héroe de la tribu de Dan, hizo que el templo de Dios "Dagon" cayese sobre él mismo matándolo, con la intención de afirmar la supremacía del Dios de Israel (Jc 16, 30).

Asimismo, en las escrituras deutero-canónicas y nacionalistas de los relatos de los Macabeos, Eleazar (1 Mac 6, 43-46) y Razis (2 Mac 14, 37-46) se inmolaron por la liberación de Israel en un acto de "devoción", revelando el abandono de los héroes en las manos de Dios, que ofrecían la vida para salvación de los hermanos. Así, se refieren estos hechos, en sentido axiológico, con intención soteriológica.

Según la revelación neotestamentaria, en Cristo Jesús se hacen carne sus palabras: *maiolem dilectionem nemo habet, ut animam suam quis ponat pro amicis suis* (Jo 15, 13), como la figura del "siervo que sufre", cantada en el segundo cántico de Isaías, porque Él le entregó su vida a la muerte y fue contado entre los pecadores (Is 53, 12). Cristo, por designio de Dios Padre, escogió el camino de la muerte, porque, según refiere S. Pablo: *Sicut et Christus dilexit nos et tradidit seipsum pro nobis oblationem et hostiam Deo in odorem suavitatis* (Ef 5, 2; Rom 5, 6-8). Así, hay un *sui occidere*, que se presenta como abandono o como

entrega de la propia vida en manos de Dios Padre, donde está el Señor de la Vida, para que la transforme en sacrificio de redención o en semilla soteriológica (Lc 23, 46). El único caso de suicidio, según el anuncio de salvación, se encuentra en Judas Iscariote (Mt 27, 5), que se aplica al comentario de D. Bonhoeffer, según el cual el "derecho al suicidio" desaparece solamente en la presencia de Dios. Según las dos revelaciones, el *sacrificium* (*sacrum + facere*) no es una destrucción, sino más bien una oblación. Contrariamente a los griegos antiguos y a la cultura romana, que entendían a *Biós* como ritmo temporal, el Dios de Israel ofrece a su pueblo el don de la vida, con el encargo de realizarla y de perfeccionarla históricamente (1 Jo 3,16).

Hay incluso quien afirma que el gesto de los guardias, al dar a Jesús una esponja embebida en vinagre, lejos de haber constituido un acto de burla y crueldad, habría sido una manera piadosa de amenizar su sufrimiento. Pues, lo que le ofrecieron, según algunas lecturas bíblicas, fue simplemente el vino de la muerte, en un acto de extrema compasión, según la jurisprudencia romana.

## 2.2. Teología fundamental

La gran novedad de la prédica de Cristo tiene su centro en el "Sermón de la

Montaña", en la narrativa sinóptica (Mt 5, 1-12). Jesús fue claro cuando dijo que venía para perfeccionar el *Decálogo* (ley de Moisés).

El Sermón de la Montaña comienza con el anuncio de un don y de una promesa, de modo que la Ley (Torah), mediante una expresión sintética en el Decálogo, se inicia con la afirmación de la libertad ofrecida y prometida por el Señor a su pueblo en la Alianza del Sinaí (Mt 5, 17-48). Como el Decálogo contiene la expresión "no matarás", Jesús supone necesariamente el pleno cumplimiento de la Torah, en orden a la perfección de los discípulos. Toda la temática sobre la eutanasia y el suicidio está, *secundum moralitatis naturam*, dependiendo de la ley natural o del Decálogo, que llega a su cumplimiento en Cristo. Así, Jesús no necesitaba hablar de una práctica común en su época y vivida por sus contemporáneos, incluso por los saduceos, que no creían en la resurrección de la carne. La continuidad de la ley del Monte Sinaí y de la nueva ley, por medio del Sermón de la Montaña, nos es ofrecida en el encuentro del joven rico con Cristo.

Con respecto a la Teología Fundamental (que relaciona los dos kerigmas), sobre la cuestión de la eutanasia, el primer escrito nos viene de la Patrología Latina, por la pluma de Lactancio, que se refirió a los enfermos terminales inútiles. Pero son útiles para Dios, que les conser-

va la vida, les da el espíritu y les concede la luz.

La cosmovisión religiosa, desde la Teología de la Iglesia primitiva, consideró la vida (*Biós*), como "*gabe und aufgabe*", recibida de Dios y de la cual el hombre no puede disponer, tal como se enseñaba clásicamente. Sin hablar todavía de eutanasia, la Teología Medieval (S. Tomás de Aquino y S. Buenaventura) dio su contribución, destacando que la vida es el fundamento de los valores y la afirmación de la inviolabilidad humana, basándose en un triple argumento: 1. apropiación de un derecho que corresponde a Dios; 2. falta de amor a sí mismo; 3. declinar las responsabilidades sociales.

La contribución a la discusión sobre la eutanasia en la perspectiva de la Teología Fundamental, a partir de los siglos XVI - XVII, se centró en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios.

Instalar la eutanasia será tomar el "lugar" de Dios Padre (Creador y Señor de la vida y de la muerte). Los bioeticistas americanos se refieren regularmente a la metáfora "jugar a ser Dios". Parece querer decir que los seres humanos se otorgaron autorización para obrar sobre lo que no les pertenece, aquello que estaba reservado a Dios. La expresión parece remitirse a la visión del lugar y del papel del ser humano en el mundo, así como al propio sentido de Dios. De aquí se pasa, argu-

mentativamente, a una Teología de la Creación y de la Técnica. Considerar el orden natural de los acontecimientos sería respetar el orden divino. [15]

Dios, según el Apocalipsis, no siente placer en jugar con la vida y con la muerte. Según el teólogo Maguire, el desarrollo de las ciencias biomédicas podrá conducir, hoy, a tener que escoger la muerte (desde los diagnósticos hasta las terapias). Pero escogerla no será ir contra Dios, sino respetar el "movimiento de la vida" como forma axiológica. [16] Así, Curran, comentando la expresión "jugar a ser Dios", refiere que el proceso que lleva a la muerte ya comenzó; la intervención activa del ser humano no puede ser considerada como el gesto arrogante de alguien cualquiera, que usurparía el papel de Dios, sino como una acción dual (entre enfermo y médico), que prosigue un movimiento iniciado en la persona. Por lo tanto, el rechazo argumentativo de la eutanasia, en su contribución teológica, no se ubicará a partir del "jugar a ser Dios". [17]

Un segundo argumento teológico, relativo a la eutanasia, la considera dentro de la "sacralidad de la vida", en opo-

sición a la "profanidad de la vida", que sería, según la jerarquización axiológica, un contravalor. Esta sacralidad tiene sus orígenes en el hinduismo y en el judeo-cristianismo. Pero, el mejor fundamento será la experiencia misma de existir, tal como describimos a lo largo de la fenomenología de los valores de Scheler, el principio del carácter sagrado (*sacrum vita e*) es particularmente interpretado dentro de una perspectiva vitalista. Pero esa interpretación rígida del dominio sagrado de la vida no corresponde a la verdadera tradición cristiana. Según el cristianismo y para la Teología Fundamental, *non sacra est vita secundum intocabile objectum*. [18] Ella es obra Suya, según la patrología, tal como se expresa en la narrativa de tradición yavista, la más antigua en Antropología Teológica. El Dios vivo es el Dios de todos los vivientes. Según el Pentateuco, la vida es tan fundamental como la "perfección de Dios", en cuanto Él mismo. Dios es viviente y vivificante según la simbología del "libro de la vida" (Apocalipsis). La santidad de la vida (*sacrum vitam facere*) significa que Dios fundamenta Él mismo esta vida en su carácter concreto. Esta visión nos induce a un profundo respeto axiológico por la

---

[15] MAGUIRE, D. C., *Death by Choice*, Nueva York, Image Books, 1984, p. 224.

[16] CURRAN, C., *Politics, Medicine and Christian Ethics*, Nueva York, Fortress Press, 1973, pp. 161-162.

[17] DUMAS, A., "Fondements bibliques d'une bioéthique", en *Supplément de la Revue d'éthique et de théologie morale*, 142, París (1982), p. 357.

[18] LÉVINAS, E., *Totalidade e Infinito*, traducción de J. Pinto Ribeiro, Lisboa, Edições 70, 1980, pp. 173-176.

vida. El respeto por la vida, cuya bondad Dios celebra, es inseparable del *re-spondere* (responsabilidad) de la humanidad para desarrollar la vida.

Un tercer y último argumento, destaca la vida como "*gabe von Got*". Aquí la discusión sostiene que la práctica de la eutanasia es inaceptable, porque la vida es un don de Dios, y, en este sentido, no nos pertenece. La vida como don de Dios es una creencia fundamental y fundante de diversas tradiciones cristianas. Con todo, para la discusión bioético-teológica sobre la eutanasia, será necesario aclarar la semántica y la terminología del término *donum*. En efecto, la vida como don de Dios no se podrá separar de la responsabilidad, como *e-ventum* de Dios o como convertirse en rehén de Otro. Aquí surgen dos conceptos fundamentales para una nueva lectura teológica sobre la eutanasia, expresados en la revelación veterotestamentaria, que se caracterizan por la valorización de la vida como alianza y como "relación". [19] Por último, los argumentos teológicos, como contribución para el debate sobre los actuales y constantes desafíos sobre la eutanasia, nos invitan, en el orden del *a priori* emocional de M. Scheler, al respeto por la vida, que se revela en cada singularidad humana como existencial axiológico. Entretanto,

como reflexión epistemológica, estos argumentos *secundum rationem* no parecen decisivos para oponerse a cualquier forma de eutanasia, porque ésta requiere, en el orden bioético, una "revisión de vida" a través de las fuentes o factores de la moralidad: intención (*objectum*), fin (*operis, operantis et operationis*) y circunstancias.

### 2.3. Teología moral

La discusión de la eutanasia, en el ámbito de la Teología Moral católica, comenzó bajo el pontificado de Pío XII, en un ambiente crispado por la legalización de muchas cuestiones del foro bioético por el III Reich. Las cuestiones sobre eutanasia (22/02/1941, 12/09/1947 y 24/02/1957), recogidas por el papa Pacelli, son analizadas en base a la ley natural (*ius gentium et naturalis lex*). Se trata, pues, de una reflexión jurídica y de filosofía moral sobre ésta y otras cuestiones. No existe una argumentación axiológica ni se hace referencia a muchos aspectos de la hermenéutica y de la Teología Bíblica en los discursos dispersos del Papa, dado que en ese tiempo, también la Bioética, debido a los desafíos de la medicina, era incipiente. [20]

[19] A. A. V. V., *El Don de la Vida: documentos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética*, Madrid, B. A. C., 1996, pp. 737-738.

[20] Ídem.

Pero el pontificado de Juan Pablo II ha sido muy fecundo, desde los documentos de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe *Iura et Bona* sobre la eutanasia (05/05/1980), hasta la encíclica *Evangelium Vitae*, sobre el valor inviolable de la vida humana (25/03/1995), pasando por otros discursos de la *Academia Pro Vita*, que están marcados nítidamente por una lectura ontológica de este fenómeno.

El papa Wojtyla recoge muchos elementos de la neoescolástica, sobre todo del pensamiento de S. Tomás de Aquino, tanto en el orden filosófico como en la línea teológica.

En un tiempo el Papa fue, durante su actividad docente en la Universidad de Lublin (Polonia), un representante del personalismo ontológico que hizo escuela, marcadamente influenciado por el pensamiento axiológico de las corrientes fenomenológicas germánicas (Scheler, Hartmann, etc.).

Según las palabras de Juan Pablo II: la vida humana es sagrada, porque, desde su inicio, comprende la acción creadora de Dios y permanece en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es el Señor de la vida, desde el inicio hasta el fin. Nadie, bajo ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar, de modo directo, a un ser humano. Con estas palabras, la instrucción

*Donum Vitae* expone el contenido central de la revelación de Dios sobre el carácter sagrado e inviolable de la vida humana (nº 53).

El papa Juan Pablo II, de forma individual en los números 53, 54 y 59 de la *Evangelium Vitae*, proclama que Dios se constituye como Señor absoluto de la vida del hombre, creado a su imagen y semejanza (Gen 1, 26-28). Pero, para la ética "del fin de los tiempos", de Jesucristo, la vida es un valor fundamental, pero no se cita como *ab-solvere*. Lo único absoluto, para Jesús, es la causa del reino de Dios. Los gestos escatológicos de Cristo, a través de parábolas y señales, se refieren en una ética y en una *paranesis* soteriológica.

Es fundamental, entre sus afirmaciones teológicas y filosóficas, la Declaración *Iura et Bona* que, en los números 15-16, menciona la eutanasia como violación de la ley divina, ofensa a la dignidad de la persona, crimen contra la vida, atentado contra la humanidad, y termina diciendo que no existe razón alguna que pueda justificar esta práctica tanatológica.

### 3. Eutanasia: entre la responsabilidad y la autonomía

Tampoco todas las acciones u omisiones que resultan en la muerte de una persona son de interés central en el

debate sobre la eutanasia. Este debate se refiere a acciones y omisiones intencionales, esto es, con muertes deliberada e intencionalmente provocadas en una situación en que el agente podría haber actuado de otro modo.

Hay algunos problemas al distinguir entre matar y dejar morir o entre eutanasia activa y pasiva. Si la distinción entre matar y dejar morir se apoyase meramente en la distinción entre acciones y omisiones, entonces el agente que, digamos, desconecta la máquina que mantiene la vida del otro, lo mata, mientras que el agente que se opone desde el vamos a colocar a alguien en una máquina de soporte de vida, permite apenas que alguien muera. Muchos autores no consideraron esta distinción entre matar y dejar morir plausible y se hicieron varias tentativas de tratarla de otro modo. Una sugerencia plausible es considerar matar como dar inicio a un curso de acontecimientos que llevan a la muerte y permitir morir como no intervenir en el transcurso de los acontecimientos que llevan a la muerte. Según este esquema, la administración de una inyección letal sería matar; mientras que no colocar a un paciente en un ventilador o sacarlo, sería dejar morir.

Matar a una persona será siempre moralmente peor que dejarla morir. Fueron propuestas varias razones para que así sea. Una de las más plausibles es

que, un agente que mata, causa la muerte, mientras que un agente que deja morir, permite apenas que la naturaleza siga su camino natural.

Hubo también quien defendió que la distinción entre "hacer que suceda" y "dejar que suceda", sería moralmente importante en la medida en que coloca límites a los deberes y responsabilidades de un agente que tiene que salvar vidas. Aunque evitar matar a alguien exija poco o ningún esfuerzo, normalmente salvar a alguien exige esfuerzo. Si matar y dejar morir estuviesen moralmente al mismo nivel, así continúa el argumento, entonces seríamos tan responsables por la muerte de aquellos que no conseguimos salvar, como lo somos por la muerte de aquellos que matamos o ayudamos indirectamente a matar. Somos más responsables por la muerte de aquellos que matamos, que por las muertes de aquellos que no conseguimos salvar. Así, matar a una persona, manteniéndose el resto igual, sería peor que dejar a una persona morir. Pero aunque a veces se pueda trazar una distinción moralmente relevante entre matar y dejar morir, está claro que eso no significa que la distinción se aplique siempre. Por lo menos, a veces somos tan responsables por nuestras omisiones como por nuestras acciones.

Además de eso, el argumento acerca del significado moral de la distinción entre matar y dejar morir, presentado en

el contexto del debate de la eutanasia, tiene que considerarse un hecho adicional. Matar a alguien, o dejar deliberadamente que alguien muera, será una cosa mala, porque priva a esa persona de su vida. En circunstancias normales, las personas valorizan sus vidas y será de su interés continuar viviendo.

Se manifestará, muchas veces, que un agente que mata, o un agente que deja morir, no estará obrando mal, sino beneficiando a la persona a quien pertenece esa vida.

En la eutanasia, la responsabilidad de identidad está presente como forma del enfermo de responder en función de las necesidades de su Yo. Naturalmente, el enfermo se compromete doblemente entre él mismo y el médico. La responsabilidad implica una acción decisiva, ya sea por parte del enfermo, ya sea por parte del médico. Por esta razón, la eutanasia requiere, para su fundamentación axiológica, de la responsabilidad de alteridad: dar prioridad a la vida.

Una cultura de muerte determinará una responsabilidad tanatológica, que tiene que ver solamente con la identidad del sujeto y sus consecuencias y no con los actos del mismo. La vida y su defensa se afirman en una "responsabilidad de alteridad", y la muerte, en la decisión eutanásica, se representa fuera de la "responsabilidad agápica", carac-

terizándose como responsabilidad erótica o de identidad. La defensa de la vida no se busca a sí misma, se referencia en el recurso plesiológico, como forma vivencial de la responsabilidad *poiética*, ya sea negativamente afirmada por la práctica eutanásica, o por el lado positivo, en la categorización de la vida, en todos los momentos y latitudes. La excelencia de la eutanasia se apoya en la "responsabilidad erótica" (en la vivencia inmediata y en la ausencia del sufrimiento).

La eutanasia se representa en una responsabilidad *sufrológica*, siguiendo el aforismo: *sufer ergo sum*. Normalmente, la responsabilidad *sufrológica* no es catártica, pero se menciona como una responsabilidad *eleutérica*, donde se acentúa el valor y las implicancias de la autonomía. En efecto, la responsabilidad moral podrá considerarse como la dimensión relacional de la obligación. La eutanasia conlleva una obligación axiológica y una dimensión relacional, entre enfermo y médico. Como la responsabilidad no se identifica con el estar obligado a la necesidad moral, en la cual consiste el sentido y el fundamento de la obligación, la responsabilidad moral, en la eutanasia, exige un "*accountability principle*", permitiendo que, por la eutanasia, se rindan cuentas entre el médico y el enfermo, que solicite esta práctica tanatológica, en orden a la adecuada revisión axiológica.

El otro, implicado en la noción de la responsabilidad, será aquel con quien el sujeto se compromete por cualquier afirmación, como en el caso de las decisiones tanatológicas. En ésta siempre están implícitas las responsabilidades *sufrológicas*, como un *proprium* de la eutanasia.

La eutanasia exige la presencia de la responsabilidad *poiética* ante el hacer tanatológico. Con todo, la eutanasia aparece como implicada en la autonomía, expresando el interés que el enfermo manifieste espontáneamente frente a las decisiones de la moralidad. Si la autonomía muestra aquello que hace, entonces estará inseparablemente ligada a la conciencia de la libertad de la voluntad. Así, la autonomía expresa una sumisión inmediata de la voluntad (Wille) a la ley moral. La eutanasia depende de la voluntad del enfermo, al someterse o vincularse a un dictamen axiológico personal y a las características clínicas, en orden a la práctica y a la vivencia tanatológicas.

La eutanasia también profesa una heteronomía ante las realidades tanatológicas, al punto de poderla modificar, dándole otra connotación.

Hay otra ley para la eutanasia, más allá de la autonomía de la razón práctica, que se enuncia en la forma heteronómica de la afirmación de la vida.

La dependencia ética y axiológica que la heteronomía implica para el enfermo y para el médico, corresponde a su dependencia de ser finito en relación con el Creador. La eutanasia, en su ejercicio, deberá ser dependiente de la afirmación de la vida y no de su negación, al parafrasear la expresión de Nicolás de Cusa: *Nisi sim meipsius, tu non es meus*. Gracias a la heteronomía, el hombre vivirá y gozará de autonomía, aunque no en sentido absoluto.

La heteronomía eutanásica significará que el enfermo recibe de otro la ley que gobierna la vida y le da verdadero sentido. En verdad, la voz de la conciencia del enfermo es verdaderamente suya. No viene de afuera, sino solamente del enfermo, dado que vendrá bajo la forma del consejo del médico, para después determinar el asentimiento del paciente. Según la eutanasia, la autonomía del enfermo no se presenta como sinónimo de autosuficiencia, sino por su libre voluntad y por el bien en defensa de la vida.

La pura autonomía será imposible en el ámbito de la eutanasia, dado que nadie podrá estar verdaderamente sujeto a la propia ley.

La eutanasia, ya sea activa o pasiva, implica una autonomía relativa y se define como forma del enfermo de autodeterminarse en su conducta ante las deci-

siones clínicas, para poner término a su vida. No obstante, en la eutanasia, deberá existir entre la autonomía y la responsabilidad una "pausa axiológica", en orden a la decisión definitiva, tanto para la vida como para la muerte.

En una reflexión directa sobre la aplicación de los principios a la eutanasia, deberemos decir que, en casos extremos, ésta podrá ser posible cuando los cuidados paliativos ya no dieran respuesta, frente a la degradación de la calidad de vida del enfermo. Entre la responsabilidad y la autonomía, en la eutanasia existe formalmente una "jerarquización axiológica", en el ámbito poético como práctico, ya sea por parte de los clínicos, ya sea por parte de los enfermos. Habrá que hacer una verdadera Pedagogía Axiológica, para que se vuelvan más eficaces las decisiones para el bien del enfermo y de la enfermedad que lo afecta.

## CONCLUSIÓN

El acto de provocar la muerte antes de lo esperable, por motivos de compasión y ante un sufrimiento penoso e insoportable, siempre fue motivo de reflexión por parte de la sociedad. Actualmente, dicha discusión se tornó aún más apremiante, al discutirse los derechos individuales, como resultado de una amplia movilización del pensamiento en los sectores organizados de la

sociedad y al exigir la ciudadanía más derechos por influencia de las "éticas narrativas". Además de eso, surgen cada vez más tratamientos y medios de diagnóstico capaces de prolongar la vida de los pacientes descerebrados, lo que puede llevar a un largo y penoso proceso de muerte.

La medicina actual, a medida que avanza en la posibilidad de salvar más vidas, crea, inevitablemente, complejos "dilemas éticos" que ocasionan mayores dificultades a un concepto más ajustado del fin de la existencia humana. Por otra parte, el aumento de la eficacia y de la seguridad de las nuevas modalidades terapéuticas motiva interrogantes en cuanto a los aspectos económicos, éticos y legales, resultantes del empleo exagerado de tales medidas y de posibles indicaciones terapéuticas en su aplicación. El escenario de muerte y la situación del enfermo terminal son las condiciones que determinan mayores conflictos, en este contexto, teniendo en cuenta los principios, a veces antagónicos, de preservación de la vida y de alivio del sufrimiento.

De este modo, disfrazada, debilitada y deshumanizada por los rigores de la tecnología médica moderna, la muerte fue cambiando su rostro a lo largo del tiempo. Cada día que pasa, aumenta la creencia de que es posible una "muerte digna" y las familias ya admiten el derecho de

decidir sobre el destino de sus pacientes sin salvación posible y torturados por un sufrimiento físico, que los medios terapéuticos disponibles no consiguen atenuar. El médico es presionado a seguir los pasos de los moribundos y a actuar con mayor sensibilidad, orientado por una nueva ética basada en principios sentimentales y preocupada por entender las dificultades del final de la vida humana. Es posible que la medicina revea sus ideas y sus posibilidades, adquiriendo la humildad de no intentar vencer lo invencible, como serio argumento *aretológico*, respondiendo por la calidad de vida, como arte y como ciencia.

A pesar del avance de la ciencia, si auscultamos la realidad sociológica actual, en las comunidades de nuestra convivencia cultural, ciertamente vamos a entender la complejidad y la profundidad del tema. Tiene que quedar asentado que la realidad se presenta con una complejidad muy elevada, dificultando la valoración de la oportunidad en la decisión a tomar. Afirmaciones como "incurable", "proximidad de muerte", "perspectiva de curación", "prolongación de la vida" son relativas y, en muchas ocasiones, poco fiables. Por detrás del comportamiento eutanásico se esconde, acaso, una ética utilitarista y/o pragmática, que identifica lo bueno (*bonum*) con lo útil (*utilis*), reduciendo al hombre a un "juego de intereses". La persona, según la filosofía utilitarista, es digna de respeto

en la medida en que es una "pieza útil" para la sociedad y para el Estado, actuando según criterios y valores que ella misma establece, corriéndose el riesgo de una arbitrariedad por parte de los poderosos.

La práctica de la eutanasia podrá bajar el nivel moral de la sociedad y de la convivencia social, obteniéndose como resultado que en una sociedad en que se legalice la eutanasia nadie se encuentre "seguro". La condena de la eutanasia (muerte a pedido o por decisión unilateral del médico) radica en la *ratio insita in natura quid ea facienda sunt proibetque contraria*, una ley no escrita, pero inscrita en el corazón (*naturalis lex*). La eutanasia, argumentativamente, continuará siendo un problema axiológico y ético, manteniéndose como desafío y como "tarea abierta", en virtud del principio de autonomía. Lamentablemente, este principio no es analizado por el Magisterio pontificio ni fundamentado en la reflexión teológica *in genere*. De hecho, tanto el pensamiento kantiano como la filosofía anglosajona articula este principio en la eutanasia, porque la "autonomía" del enfermo será el *auto - de - finire*, que el médico deberá respetar, independientemente de su filosofía y/o religiosidad.

La ética, desde el punto de vista filosófico, no será por sí misma capaz de imponerse de modo autoritario. La única

autoridad es la racionalidad de sus argumentos, lo cual exige de sus auditores la decisión de dejarse guiar sólo por la fuerza inherente al discurso racional, es decir, por el poder de convicción sobre las conciencias individuales.

Sobre todo, desde principios de este siglo, la eutanasia significa el acto de provocar la muerte de una persona de quien se juzga indigno el estado de salud. Para esta distinción, entre eutanasia como estado y como acto, aumenta la necesidad de distinguir entre el acto de eutanasia como eugenesia (la eliminación compulsiva de los deficientes y malformados durante el período nazi) y la eutanasia como acto de anticipar la muerte de quien, por motivos de salud, vislumbra el fin próximo. En tercer lugar, se distingue la eutanasia practicada a pedido del paciente o contra su voluntad. Del mismo modo, el suicidio asistido no es, en términos rigurosos, un acto de eutanasia. En sentido estricto y correcto, la eutanasia reside en el acto de provocar la muerte, con o sin el consentimiento del paciente, cuya vida es considerada como habiendo alcanzado una situación insoportable.

El hecho de invocar la incapacidad del otro para tomar decisiones, en virtud de su eventual estado de inconciencia, no altera las condiciones en las cuales opera la relación de una libertad con otra libertad. La incapacidad de manifestar la pro-

pia voluntad, ya sea a causa de la pérdida de conciencia, ya sea bajo el impacto del sufrimiento, no confiere el derecho de decisión sobre la muerte del enfermo. El respeto recíproco, que las personas humanas pueden y deben esperar una de otra, lleva a considerar como violación de la libertad y de la persona del otro la decisión de la eutanasia practicada sin el conocimiento de la persona, a quien dice respetar. Esta tesis ética proviene de la comprensión antropológica y constituye una fundamentación sólida contra el uso de la eutanasia.

¿Cuál será la posición ética frente al pedido de eutanasia, proveniente del propio enfermo? Será preciso distinguir entre las palabras explícitas del enfermo, que solicita un cóctel letal y la palabra que se esconde detrás de este pedido. Lo que el moribundo pide es la disminución de sus sufrimientos, así como un acompañamiento que, al mismo tiempo, le haga sentir que su vida todavía "vale la pena" a los ojos de los otros y a sus propios ojos.

En el pedido de asistencia al suicidio, intervienen siempre el sufrimiento del personal de la salud y de los familiares que, muchas veces, no aguantan el peso del sufrimiento del paciente, peso del que la eutanasia o la asistencia al suicidio los liberaría. Existe una diferencia entre autonomía y "autarquía". Si el ser humano dispone de la libertad para conducir

su vida, la autonomía que reside en el fundamento de esta libertad no coincide con la "autarquía", según la cual el ser humano es dueño exclusivo y solitario de su identidad personal. Si la autonomía y la autarquía coincidiesen, el suicidio sería una conducta ética legítima y positivamente valorizada. La red de dependencias hace que la finitud humana, aunque sea vivida en la libertad de construir un camino personal autónomo, sea marcada por los límites de la propia libertad. Esos límites afectan tanto el principio de la vida como el fin de la misma. La libertad encuentra su límite en virtud de las propias fronteras de la vida. El error teórico consiste en confundir la libertad dentro de la vida, esto es, la autonomía ética, con la libertad frente a la vida, siendo la vida entendida como totalidad temporal.

La eutanasia implica un acto que, equivocadamente, la libertad juzgó éticamente correcto, porque se confundió la capacidad humana de realizar actos libres y la condición de una libertad absoluta, dispensada de cualquier exigencia de justificación. Sin autonomía no habría libertad. La libertad reside en la capacidad de asumir los actos practicados, de conferirles un sentido y de integrarlos en el dinamismo de una vida ética. La autonomía implica la presencia de la razón en el ser humano. Sin la razón, el hombre es prisionero de sus deseos, de sus pasiones y del capricho, afectando sus aparentes decisiones

libres. El ser humano, siendo autónomo, no dispone de una libertad absoluta sobre sí mismo. Habiendo recibido la vida, él es, lo quiera o no, responsable frente a la misma vida. Esta responsabilidad implica la capacidad de responder por su vida ante los otros, sus prójimos, ante el propio misterio de la vida biológica, así como frente al misterio del origen de la vida.

Además de las razones ya invocadas, el pedido de eutanasia reviste, la mayoría de las veces, forma de grito o pedido de socorro. Concluimos, pues, que el suicidio es el acto de una libertad que se consideró equivocadamente "autarquía", esto es, única dueña y propietaria de sí misma. En este sentido, el suicidio así como la eutanasia no se pueden conciliar con la ética de la condición humana.

Pero, además de una recusación simplista de la validez del acto con doble efecto, se subraya la imposibilidad de determinar el criterio teórico, que separa una omisión no eutanásica de tratamientos y una omisión, por ejemplo, de hidratación y de alimentación de los enfermos terminales, que sería un acto de eutanasia. Se sobreentiende así que la posición conservadora, estrictamente hablando, aceptaría la no hidratación de los enfermos terminales y que esta omisión no sería un acto de eutanasia. Las preferencias implícitas del autor de este artículo van en el sentido de la aceptación de la

admisibilidad ética de la eutanasia voluntaria, esto es, a pedido del enfermo terminal. La muerte es, a veces, el único recurso para preservar su humanidad en virtud de los procesos ciegos de la naturaleza: existe por lo tanto un derecho a la eutanasia voluntaria.

Toda la decisión ética en torno a la eutanasia presupone una fundamentación filosófica. A fin de cuentas se trata de saber cuáles son los límites de la libertad humana en su autonomía. La autonomía humana incluye los límites inscriptos en su finitud radical. El ser humano fue "dado a sí mismo" y no se "hizo" a sí mismo. Del mismo modo, no le compete atribuirse la posibilidad ética de "deshacerse" de sí mismo, a cualquier precio.

Una de las conclusiones fundamentales sobre la eutanasia, se refiere, naturalmente, a la importancia de los beneficios y de los riesgos, en detrimento de la autonomía. Será mucho más relevante, para una decisión tanatológica, brindar todos los elementos para una adecuada revisión axiológica.

Según Daniel Serrão, el punto principal se centra en la decisión del médico,

para terminar con la vida del enfermo y para ejecutar tal decisión. Un médico que tome una decisión de esta naturaleza, estará convencido de que estará practicando un acto beneficioso para con el enfermo, encarando la eutanasia como el "último tratamiento", ante una situación desesperada, mucho más vencido el médico por la fuerza de la evolución de la enfermedad, que la persona que sufre.

Los médicos actuales, al asistir a enfermos graves con tecnologías complejas, desde el diagnóstico a la terapéutica, pierden frecuentemente la relación dialogal y diádica con el enfermo, y quedan aferrados más a los números, a los gráficos diagnósticos que describen el comportamiento y la evolución de sus parámetros vitales, que a la propia persona enferma, que se aproxima al fin. [21]

Satisfacer un pedido de eutanasia y constituir un "cóctel" letal podrá ser, en estas circunstancias, una decisión que no perturbará, en demasía, la conciencia axiológica del médico, siempre que los gráficos y trazados indiquen una muerte próxima con el consecuente fracaso de todas las terapéuticas.

---

[21] ARCHER, L. L., et al., *Novos Desafios à Bioética*, op. cit., p. 249.

En efecto, no parecerá justo, conmutativa y distributivamente, discutir derechos y deberes de la eutanasia, sin que la persona pueda escogerla, en comparación con otras soluciones que se puedan diseñar, como: cuidados paliativos en el

domicilio o internación en unidades adecuadas para el mismo fin. Incluso así, la eutanasia será siempre un problema de Bioética, muy complejo y con diversas escalas de valores.



# ADVIERTEN SOBRE LA DESPENALIZACIÓN LA IGLESIA HABLA DE “VOLUNTAD ABORTISTA” EN ESFERAS OFICIALES

Publicado en el diario La Nación

*Buenos Aires, miércoles 19 de  
marzo de 2008*

Uno de los voceros más autorizados de la Iglesia en los temas de bioética, el padre Alberto Bochatey, advirtió sobre una “voluntad abortista en varias esferas del Gobierno”.

En diálogo con LA NACION, el sacerdote, director del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina (UCA), dijo ayer que, “desde hace tiempo, se está intentando despenalizarlo” y que esta actitud responde a agendas impuestas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otras.

Sobre el proyecto que ahora se debate en la Cámara de Diputados, Bochatey consideró que “abusa de la definición de salud”. Recordó que el Código Penal “se refiere al peligro físico de muerte y no un peligro remoto de angustia psicológica” y que “en medicina se habla de peligro cuando realmente hay un riesgo de muerte causado por la gestación del bebe. Este -dijo- no es el espíritu que está detrás de esos proyectos”.

Opinó que “en el Poder Legislativo es conocida la cantidad de proyectos sobre

el aborto que van y vienen y que hay varios jueces que están en favor del aborto". Y afirmó que, a la preocupación de la Iglesia por el respeto de la vida, tanto de la madre como del bebe gestado, se suma "ahora, el pedido de que no se saltee el debate social y bioético en torno del aborto".

Señaló que el ex ministro de Salud Ginés González García había dispuesto, poco antes de terminar su mandato, un procedimiento por seguir en todos los hospitales en los casos de abortos que no deberían ser judicializados. Se refirió así al texto "El libro de salud sexual reproductiva y la procreación responsable en la Argentina", distribuido por el Ministerio de Salud.

Según Bochaty, esa normativa

"superó el debate social, parlamentario y a nivel del Poder Ejecutivo" y "sirve de marco para un proyecto que se presenta como de protección de salud de la mujer y no de aborto como tal".

Son normas que, según el sacerdote, "obedecen a planes establecidos por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud", dijo, y agregó que "muchas veces también el Banco Interamericano de Desarrollo exige ciertos marcos normativos como condición para conceder subsidios".

Con preocupación, concluyó: "Dicen que votarían este tema el 25 de marzo. Sería muy doloroso porque ese día se recuerda el Día del Niño por Nacer".

# ABORTO: DEBATES SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS BEBÉS PREMATUROS

Servicio a la Vida (SEVI)  
Movimiento Fundar  
Gacetilla N° 241/08

*Buenos Aires, domingo 6 de abril de  
2008*

La necesidad de salvar la vida y brindar atención de salud a los bebés prematuros, aún en casos de abortos provocados, es el eje de una creciente polémica en Europa y particularmente en Italia.

En febrero de este año, se realizó un Congreso sobre casos de bebés "prematuros extremos" y al término del mismo se difundió una Declaración de los directores de las clínicas de obstetricia de las universidades La Sapienza y Tor Vergata (públicas) y Campus Biomedico y Sacro Cuore (católicas) de Roma, en la que afirman que en el caso en el que un feto nazca vivo tras la interrupción de un embarazo debe ser reanimado aunque la madre sea contraria, ya que prevalece el interés del neonato. "Un neonato vital, en extrema prematuridad, tiene que ser tratado como cualquier persona en peligro y asistido adecuadamente", afirma el documento.

Al respecto, la ley italiana sobre aborto (194/78) dispone que:

"art. 6. La interrupción del embarazo, después de los primeros noventa días, puede ser practicada: a) cuando el embarazo o el parto comportan un grave peligro para la vida de la mujer; b) cuan-

do se han verificado procesos patológicos, relativos a relevantes anomalías o malformaciones del por nacer, que determinan un grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer.

art. 7. Cuando existe la posibilidad de vida autónoma del feto, la interrupción del embarazo puede ser practicada sólo en el caso del inc. a del artículo 6 y el médico que haga la intervención debe adoptar toda medida idónea para salvaguardar la vida del feto".

Del juego de estos dos artículos se advierte que la capacidad de sobrevivida del feto se convierte en un límite para el aborto y que, al mismo tiempo, la ley obliga a los médicos a salvar la vida del feto. Ahora bien, luego de la Declaración de las Universidades romanas, se ha abierto un debate sobre la interpretación de estas normas, pues en los hechos se tomaba la semana 24 como momento de la viabilidad y, ahora, se ha solicitado bajar tal límite a las 22 semanas.

Por su parte, en Gran Bretaña, el Departamento de Salud ha informado que durante 2005, 435 niños nacieron antes de las 24 semanas de embarazo y de ellos, 52 sobrevivieron al menos un año.

Estos debates nos muestran, por un lado, el carácter violento e inhumano del aborto, que no significa más que un

homicidio de la persona por nacer. También nos muestran cómo la vida se abre camino en medio de tantas amenazas y, gracias a la medicina que busca salvar, se despliegan nuevos y más poderosos medios para la sobrevivida de los niños más indefensos.

Por otra parte, los que pretenden negar tales cuidados a los bebés prematuros, muestran la íntima conexión que existe entre aborto e infanticidio, como ya denunciaba el siervo de Dios Juan Pablo II en *Evangelium Vitae*: "Siguiendo esta misma lógica, se han llegado a negar los cuidados ordinarios más elementales, y hasta la alimentación, a niños nacidos con graves deficiencias o enfermedades. Además, el panorama actual resulta aún más desconcertante debido a las propuestas, hechas en varios lugares, de legitimar, en la misma línea del derecho al aborto, incluso el infanticidio, retornando así a una época de barbarie que se creía superada para siempre" (*EV*, 14).

Finalmente, estos debates nos muestran la arbitrariedad de los límites fijados por las leyes para establecer cuándo el aborto es "legal", pues ya desde el primer momento de la concepción se ha formado un ser humano distinto a sus padres, que merece el tratamiento de persona pues su desarrollo es continuo, gradual, autónomo y coordinado y que, ante todo, tiene el derecho a la inviolabilidad de su vida.

LA MÁXIMA AUTORIDAD DE  
LA IGLESIA EN TEMAS DE  
BIOÉTICA

## “EUROPA DEBE REVISAR SUS POLÍTICAS ABORTISTAS”

MONSEÑOR SGRECCIA  
ADVIRTIÓ SOBRE EL  
DESCENSO DE  
NACIMIENTOS

Publicado en el diario *La Nación*

*Buenos Aires, lunes 16 de junio de  
2008*

“Ahora que en Europa se va constatando que la disminución de la tasa de nacimientos impacta en la economía, es necesario revisar todas estas políticas abortistas y negativas del derecho a nacer.”

A los 80 años, monseñor Elio Sgreccia, presidente de la Pontificia Academia para la Vida y principal voz de la Iglesia en la defensa de los derechos del niño por nacer y en los desafíos que plantea la Bioética, sigue recorriendo el mundo para proclamar el respeto a la dignidad del ser humano desde el momento de la concepción.

Durante su visita a la Argentina, donde recibió el doctorado honoris causa de la Universidad Católica Argentina y participó del Congreso Internacional de Bioética, en Santa Fe, monseñor Sgreccia dialogó con *La Nación* sobre los desafíos que hoy vive el mundo en el terreno de la Bioética.

Sgreccia sustenta la posición de la Iglesia no sólo en principios del derecho natural, sino también en la realidad marcada hoy por las reglas de la economía y las necesidades sociales. “Todo el mundo sabe hoy que el primer bien de la econo-

mía mundial es el capital humano”, dijo. Y expresó, así, la necesidad de fortalecer ese capital humano para lograr el desarrollo de una sociedad.

“Una revista científica publicó recientemente que en el mundo se practican 42 millones de abortos voluntarios por año. Es la población entera de una nación”, advirtió.

### **¿Qué desafíos presenta hoy el campo de la Bioética?**

Hay desafíos sintomáticos, como la utilización de los embriones humanos en la investigación, el uso de las células estaminales derivadas de los embriones y la tentativa de generalizar un presunto derecho al aborto y la eutanasia. Son problemáticas que surgen en Europa y se extienden a otros continentes, pero en el centro está la negación de la dignidad integral de la persona humana.

### **¿Cuál es el mayor riesgo en el uso científico de los embriones?**

El riesgo más preocupante es que se niega el acceso a la vida a cada ser humano concebido. El derecho a la vida es el derecho primero. Si no hay derecho a la vida no hay derecho a la libertad. Por el contrario, se instaura un dominio de los más fuertes sobre los débiles. La Iglesia no puede recibir pasivamente los más pequeños signos de una discriminación y devaluación de los hombres ni del más pequeño de los hombres, como el embrión.

### **¿La voz de la Iglesia no es escuchada? ¿Por qué?**

El mundo vive momentos de crisis. Parece que la voz de la Iglesia no es considerada por los Estados más grandes. La historia muestra que desafortunadamente ha sido reconocida demasiado tarde. Pero la importancia de la Iglesia no es obtener inmediatamente la victoria, sino proclamar la verdad del hombre a todos los hombres.

### **¿Por qué en los foros y organismos internacionales prevalecen posiciones contrarias?**

Muchos organismos internacionales reciben influencias de las políticas de los países fuertes y de los intereses económicos, que hacen prevalecer la difusión del bienestar material sobre el respeto de los valores espirituales. Esta influencia intenta, además, corromper ciertas corrientes y partes de las mismas comunidades cristianas.

### **¿Los países de América Latina tienen márgenes para apartarse de la línea que hoy predomina?**

Hasta ahora América Latina ha gozado de una gran dignidad, porque sus países han seguido la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto Internacional de Costa Rica), que proclama el respeto de la vida humana desde el momento de la concepción. Ahora las fuerzas norteamericanas y los intereses fuertes presionan sobre los gobiernos y

parlamentos para que se reconozca el aborto y se viole este principio esencial que protege al más pequeño de los hombres. Es un desafío complicado, un asalto de una civilización instrumental y utilitarista que busca confundir los valores humanos.

### **¿Le preocupa la clonación?**

Es lo máximo de la instrumentalización. Ahora en Inglaterra se mezclan células humanas con óvulos de un animal para construir un ser a gusto, seleccionado.

### **¿Cómo recibe la Iglesia a la mujer que se ve empujada al aborto porque lo ve como única salida?**

Con palabras de gran comprensión por la debilidad moral, psicológica, social de la mujer. Pero el remedio de esta situación no es matar al hijo. En el momento en el que se suprime el hijo se destruye en la mujer una parte de su vida: la maternidad. Cuando una mujer se enfrenta a esta situación por un momento de violación o de debilidad moral se debe movilizar la sociedad para

asegurarle la dignidad, el trabajo, la ayuda. No destruir el hijo.

### **¿En qué medida los condicionamientos sociales pesan sobre esta decisión?**

Se pueden salvar muchas vidas si se ayuda a la mujer que se encuentra en dificultades e intenta abortar. Muchas madres lo agradecen. Hay partidos radicales que impulsan a la mujer a sentirse autónomas y libres y a proclamar su derecho al aborto, como si fuera un derecho que exaltara la dignidad de la mujer. Es un derecho que ayuda a la mujer a destruir en sí misma el sentido natural de la madre.

### **¿Los gobiernos son responsables?**

Algunos son responsables. Un economista hebreo obtuvo el Premio Nobel por un trabajo acerca del capital humano y ha demostrado que una nación que no tiene cierto número de hijos y no tiene familias sanas es una nación con dificultades para alcanzar el progreso.

**Mariano de Vedia**



# ANTE LA APROBACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS CURRICULARES PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

(PROGRAMA NACIONAL DE  
EDUCACIÓN SEXUAL  
INTEGRAL - LEY NACIONAL  
26.150)

Documento de la  
Comisión Episcopal de  
Educación Católica de la  
Conferencia Episcopal Argentina

*Buenos Aires, martes 17 de junio de  
2008*

Ante la aprobación de los “*Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral*” en las escuelas, la Comisión Episcopal de Educación Católica de la Conferencia Episcopal Argentina, se dirige a padres de familia, autoridades educativas en general, directivos y docentes de institutos, alumnos y a toda persona de buena voluntad preocupada por la educación, a fin de esclarecer aspectos importantes acerca de los contenidos del Documento aprobado.

La Iglesia, a lo largo de todo el proceso de concertación y elaboración de los Lineamientos Curriculares, ha participado activamente de distintas maneras a través de sus representantes con sugerencias, críticas y aportes propositivos, para que el Documento final contribuyera a consolidar la formación armónica y equilibrada de la persona, en un tema tan delicado como es la educación sexual.

Muchos de esos aportes no fueron incluidos en el Documento y otros han quedado sumamente desdibujados, lo cual nos lleva a no compartir planteos y formulaciones de relevancia relacionados con la concepción y la forma como

en las escuelas debe ser abordada la educación de la sexualidad. Entre los planteos y formulaciones objetados, señalamos principalmente los siguientes:

1. Omite el ordenamiento de la sexualidad humana al amor, oscureciendo el sentido de la complementariedad física, espiritual y moral del hombre y de la mujer y soslaya la concepción del matrimonio como una opción de vida.
2. Omite el rol de la familia como agente natural y primario de la educación de sus hijos y sus consecuentes derechos, reconocidos en nuestra Constitución y en la Ley de Educación Nacional, [1] aunque reconoce la necesidad de su participación. El carácter de obligatoriedad de los lineamientos, no deja mayor margen de acción a los padres para objetar aquellos contenidos que pudiesen atentar contra sus convicciones religiosas y morales.
3. Sobredimensiona el modelo biológico-higienista al proponer como eje prioritario la promoción de la salud en general y reproductiva en particular. [2]
4. Presenta como derecho fundamental de niños/as y adolescentes el acceso a los métodos anticonceptivos [3] y prevé aprendizajes para que los menores hagan exigible ese derecho, [4] sin mencionar que tal derecho se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad, tal como prescribe la Ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable. [5]
5. Minimiza la dimensión ética de la sexualidad centrada en valores y virtudes morales.

[1] Cf. "Ley de Educación Nacional N° 26.206", arts. 6 y 128 a y 129.

[2] "Que los lineamientos curriculares propuestos se enmarcaran en una perspectiva o enfoque que atenderá principalmente a los siguientes criterios: la promoción de la salud...", cf. Resolución CFE, 29 de mayo de 2008, por la que se aprueban los Lineamientos Curriculares, p. 5. Cf. "Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral", Educación Primaria - II Ciclo (Ciencias Naturales), y Educación Secundaria - Ciclo orientado (Ciencias Naturales - Educación para la Salud).

[3] "El conocimiento de todos los métodos anticonceptivos y de regulación de la fecundidad existentes, y el análisis de sus ventajas y desventajas para permitir elecciones conscientes y responsables", cf. Ministerio de Educación de la Nación, Consejo Federal de Educación, "Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral; Programa Nacional de Educación Sexual Integral - Ley Nacional N° 26.150" (para la implementación del Programa Nacional de Educación Sexual en las Escuelas), p. 27.

[4] "El desarrollo de competencias relacionadas con la exigibilidad de estos derechos", cf. *ibid.*, pp. 25 y 27.

[5] "La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad", Cf. "Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable", art. 4.

6. Enfatiza el uso único y obligatorio de elementos de prevención para evitar el contagio del HIV-SIDA [6] que, además de ser moralmente objetables, han producido resultados negativos e insuficientes en todo el mundo. Al mismo tiempo, se omite por completo la educación en la abstinencia y en la fidelidad mutua como conductas preventivas del contagio del HIV- SIDA, a pesar de que en la actualidad tienen prioridad para los más destacados especialistas médicos como es de público conocimiento. [7]
  7. Concibe la identidad sexual como una construcción socio-histórico-cultural, relegando el hecho de que la persona humana desde su concepción biológica es sexuada, varón o mujer. [8]
  8. La aprobación de los lineamientos curriculares como “*piso común obligatorio*” [9] para implementar la educación sexual integral en todas las escuelas del país, socava los ámbitos propios de decisión de las instituciones educativas y de las jurisdicciones. No se advierte cómo adaptará cada comunidad educativa los aprendizajes a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros, tal como prevé la misma ley [10] si aquellos, aprobados como pautas comunes obligatorios, los contradicen, debilitan u omiten.
- Renovamos como Pastores de la Iglesia nuestro compromiso con el hombre y con la educación como aspecto esencial del bien común de nuestra patria.

---

[6] “El conocimiento de todos los métodos anticonceptivos y de regulación de la fecundidad existentes, y el análisis de sus ventajas y desventajas para permitir elecciones conscientes y responsables, enfatizando en que el preservativo es el único método existente para prevenir el VIH/Sida”, cf. *“Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral...”*, p. 27.

[7] Cf. *“Informe del Ministerio de Salud de Uganda, junio 2000; Informe OMS, año 2003”*; Documento firmado por 150 expertos provenientes de 36 países, noviembre 2004.

[8] La “identificación de representaciones estereotipadas en la construcción de la masculinidad en los varones”; “y en la construcción de la femineidad en las mujeres”, cf. Ministerio de Educación de la Nación, Consejo Federal de Educación, *“Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral”*; *“Programa Nacional de Educación Sexual Integral - Ley Nacional N° 26.150”*, (para la implementación del Programa Nacional de Educación Sexual en las Escuelas), Educación Secundaria - Ciclo Orientado, p. 32.

[9] “El presente documento acuerda un piso común obligatorio para el abordaje de la educación sexual integral en todas las escuelas del país. Tomando estas pautas comunes y obligatorias, cada jurisdicción podrá realizar ajustes y/o adecuaciones de acuerdo a sus realidades y necesidades”, cf. *ibíd.* pto. 2, p. 4.

[10] “Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros”, cf. *“Ley Nacional N° 26.150”* (que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral), art. 5.

Exhortamos a todo cristiano y hombre de buena voluntad, especialmente a padres y educadores, a asumir la respon-

sabilidad que les cabe en esta instancia, sintiéndose acompañados por la Iglesia, Madre y Maestra.

# DICURSO DE S.S. BENEDICTO XVI EN LA SESIÓN PLENARIA DE LA CONGREGA- CIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE

Vaticano, jueves 31 de enero de  
2008

*Señores cardenales; venerados hermanos en el episcopado y en el sacerdocio; queridos y fieles colaboradores:*

Para mí es motivo de gran alegría encontrarme con vosotros con ocasión de vuestra sesión plenaria. De este modo puedo comunicaros los sentimientos de profunda gratitud y de cordial aprecio que albergo por el trabajo que vuestro dicasterio realiza al servicio del *ministerio de unidad*, encomendado de modo especial al Romano Pontífice. Es un ministerio que se manifiesta principalmente en función de la *unidad de fe*, apoyada en el "sagrado depósito", cuyo primer custodio y defensor es el Sucesor de Pedro (cf. const. ap. *Pastor bonus*, 11).

Agradezco al cardenal William Levada los sentimientos que, en nombre de todos, ha expresado en sus palabras y la presentación de los temas que han sido objeto de algunos documentos de vuestra Congregación durante estos últimos años, así como de los asuntos que está estudiando aún el dicasterio.

En particular, la Congregación para la Doctrina de la Fe publicó el año pasado dos importantes documentos, que proporcionaron algunas aclaraciones doctri-

nales acerca de aspectos esenciales de la doctrina sobre la Iglesia y sobre la evangelización. Son aclaraciones necesarias para el desarrollo correcto del diálogo ecuménico y del diálogo con las religiones y las culturas del mundo.

El primer documento, que lleva por título "Respuestas a cuestiones relativas a algunos aspectos de la doctrina sobre la Iglesia", vuelve a proponer, también en las formulaciones y en el lenguaje, la enseñanza del Concilio Vaticano II, en plena continuidad con la doctrina de la Tradición católica. Así se confirma que la una y única Iglesia de Cristo, que confesamos en el Credo, tiene su subsistencia, permanencia y estabilidad en la Iglesia católica y que, por tanto, la unidad, la indivisibilidad y la indestructibilidad de la Iglesia de Cristo no quedan anuladas por las separaciones y divisiones de los cristianos.

Además de esta aclaración doctrinal fundamental, el documento vuelve a proponer el uso lingüístico correcto de ciertas expresiones eclesiológicas, que corren el peligro de ser mal entendidas, y con ese fin llama la atención sobre la diferencia que sigue existiendo entre las diversas confesiones cristianas en lo que se refiere a la comprensión del *ser Iglesia*, en sentido propiamente teológico.

Eso, lejos de impedir el compromiso ecuménico auténtico, servirá de estímulo

para que la confrontación sobre las cuestiones doctrinales se realice siempre con realismo y con plena conciencia de los aspectos que aún separan a las confesiones cristianas, reconociendo con alegría las verdades de fe que se profesan en común y la necesidad de orar sin cesar por un camino más solícito hacia una mayor y, al final, plena unidad de los cristianos.

Cultivar una visión teológica que considerara la unidad e identidad de la Iglesia como sus dotes "ocultas en Cristo", con la consecuencia de que históricamente la Iglesia existiría de hecho en múltiples configuraciones eclesiales, sólo reconciliables en una perspectiva escatológica, no podría por menos de retardar y, al final, paralizar el ecumenismo mismo.

La afirmación del Concilio Vaticano II según la cual la verdadera Iglesia de Cristo "subsiste en la Iglesia católica" (*Lumen Gentium*, 8) no atañe solamente a la relación con las Iglesias y comunidades eclesiales cristianas, sino que también se extiende a la definición de las relaciones con las religiones y las culturas del mundo. El mismo Concilio Vaticano II, en la declaración *Dignitatis Humanae* sobre la libertad religiosa, afirma que "esta única verdadera religión subsiste en la Iglesia católica y apostólica, a la que el Señor Jesús confió la tarea de difundirla a todos los hombres" (n. 1).

La "Nota doctrinal acerca de algunos aspectos de la evangelización" -el otro documento publicado por vuestra Congregación en diciembre de 2007-, ante el peligro de un persistente relativismo religioso y cultural, reafirma que la Iglesia, en el tiempo del diálogo entre las religiones y las culturas, no se dispensa de la necesidad de la evangelización y de la actividad misionera hacia los pueblos, ni deja de pedir a los hombres que acojan la salvación ofrecida a todas las gentes.

El reconocimiento de elementos de verdad y bondad en las religiones del mundo y de la seriedad de sus esfuerzos religiosos, el mismo coloquio y espíritu de colaboración con ellas para la defensa y la promoción de la dignidad de la persona y de los valores morales universales, no pueden entenderse como una limitación de la tarea misionera de la Iglesia, que la compromete a anunciar sin cesar a Cristo como el camino, la verdad y la vida (cf. *Jn* 14, 6).

Además, queridos hermanos, os invito a seguir con particular atención los difíciles y complejos problemas de la Bioética, pues las nuevas tecnologías biomédicas no sólo afectan a algunos médicos e investigadores especializados, sino que son divulgadas a través de los medios modernos de comunicación social, provocando expectativas e interrogantes en sectores cada vez más amplios de la sociedad.

Ciertamente, el Magisterio de la Iglesia no puede ni debe intervenir en cada novedad de la ciencia, pero tiene la tarea de reafirmar los grandes valores que están en juego y de proponer a los fieles y a todos los hombres de buena voluntad principios y orientaciones ético-morales para las nuevas cuestiones importantes.

Los dos criterios fundamentales para el discernimiento moral en este campo son: a) el respeto incondicional al ser humano como persona, desde su concepción hasta su muerte natural; b) el respeto de la originalidad de la transmisión de la vida humana a través de los actos propios de los esposos.

Después de la publicación, en el año 1987, de la instrucción *Donum Vitae*, que enunció esos criterios, muchos han criticado al Magisterio de la Iglesia, denunciándolo como si fuera un obstáculo para la ciencia y para el verdadero progreso de la humanidad. Pero los nuevos problemas relacionados, por ejemplo, con la crioconservación de embriones humanos, con la reducción embrionaria, con el diagnóstico pre-implantatorio, con la investigación sobre células madre embrionarias y con los intentos de clonación humana, muestran claramente cómo, con la fecundación artificial extra-corpórea, se ha roto la barrera puesta en defensa de la dignidad humana.

Cuando seres humanos, en la fase más débil e indefensa de su existencia, son seleccionados, abandonados, eliminados o utilizados como mero "material biológico", no se puede negar que ya no son tratados como "alguien", sino como "algo", poniendo así en tela de juicio el concepto mismo de dignidad del hombre.

Ciertamente, la Iglesia aprecia y estima el progreso de las ciencias biomédicas, que abren perspectivas terapéuticas hasta hoy desconocidas, por ejemplo mediante el uso de células madre somáticas o mediante las terapias encaminadas a la restitución de la fertilidad o a la curación de las enfermedades genéticas.

Al mismo tiempo, siente el deber de iluminar las conciencias de todos, para que el progreso científico respete verdaderamente a todo ser humano, al que se le debe reconocer su dignidad de persona, por haber sido creado a imagen de Dios; de otro modo no sería verdadero

progreso. El estudio de esas cuestiones, al que os habéis dedicado de modo especial en vuestra sesión durante estos días, contribuirá ciertamente a promover la formación de la conciencia de numerosos hermanos nuestros, según lo que afirma el Concilio Vaticano II en la declaración *Dignitatis Humanae*: "Los cristianos, al formar su conciencia, deben atender con diligencia a la doctrina cierta y sagrada de la Iglesia. Pues, por voluntad de Cristo, la Iglesia católica es maestra de la verdad y su misión es anunciar y enseñar auténticamente la Verdad, que es Cristo, y, al mismo tiempo, declarar y confirmar con su autoridad los principios de orden moral que fluyen de la misma naturaleza humana" (n. 14).

A la vez que os animo a proseguir vuestro arduo e importante trabajo, os expreso también en esta circunstancia mi cercanía espiritual, y os imparto de corazón a todos, en prenda de afecto y gratitud, la bendición apostólica.

# DICURSO DE S.S. BENEDICTO XVI A LOS PARTICIPANTES EN LA XIV ASAMBLEA GENERAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

*Ciudad del Vaticano, lunes 25 de  
febrero de 2008*

*Queridos hermanos y hermanas:*

Con gran alegría os saludo a todos los que participáis en el congreso organizado por la Academia Pontificia para la Vida sobre el tema: *"Junto al enfermo incurable y al moribundo: orientaciones éticas y operativas"*. El congreso se celebra con ocasión de la XIV Asamblea General de la Academia, cuyos miembros también se hallan presentes en esta audiencia. Doy las gracias ante todo al presidente, monseñor Sgreccia, por sus cordiales palabras de saludo; asimismo, expreso mi gratitud a toda la presidencia, al consejo directivo de la Academia Pontificia, a todos los colaboradores y a los miembros ordinarios, honorarios y correspondientes. Dirijo un saludo cordial y agradecido a los relatores de este importante congreso, así como a todos los participantes, que proceden de diferentes países del mundo. Queridos hermanos, vuestro generoso compromiso y vuestro testimonio merecen realmente encomio.

La simple consideración de los títulos de las relaciones tenidas durante el congreso permite percibir el amplio panorama de vuestras reflexiones y el interés que revisten para nuestro tiem-

po, especialmente en el mundo secularizado de hoy. Tratáis de responder a los numerosos problemas planteados cada día por el incesante progreso de las ciencias médicas, cuya actividad cuenta cada vez más con la ayuda de instrumentos tecnológicos de elevado nivel. Frente a todo esto, se plantea para todos, y en especial para la Iglesia, vivificada por el Señor resucitado, el urgente desafío de llevar al amplio horizonte de la vida humana el esplendor de la verdad revelada y el apoyo de la esperanza.

Cuando se apaga una vida en edad avanzada, en la aurora de la existencia terrena o en la plenitud de la edad, por causas imprevistas, no se ha de ver en ello un simple hecho biológico que se agota, o una biografía que se concluye, sino más bien un nuevo nacimiento y una existencia renovada, ofrecida por el Resucitado a quien no se ha opuesto voluntariamente a su amor.

Con la muerte se concluye la experiencia terrena, pero a través de la muerte se abre también, para cada uno de nosotros, más allá del tiempo, la vida plena y definitiva. El Señor de la vida está presente al lado del enfermo como quien vive y da la vida, pues Él mismo dijo: "Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia" (*Jn 10, 10*), "Yo soy la Resurrección y la Vida; el que cree en mí, aunque muera, vivirá"

(*Jn 11, 25*) y "Yo lo resucitaré el último día" (*Jn 6, 54*). En ese momento solemne y sagrado, todos los esfuerzos realizados en la esperanza cristiana para mejorarnos a nosotros mismos y mejorar el mundo que se nos ha encomendado, purificados por la Gracia, encuentran su sentido y se enriquecen gracias al amor de Dios Creador y Padre. Cuando, en el momento de la muerte, la relación con Dios se realiza plenamente en el encuentro con "Aquel que no muere, que es la Vida misma y el Amor mismo, entonces estamos en la vida, entonces 'vivimos'" (*Spe salvi, 27*).

Para la comunidad de los creyentes, este encuentro del moribundo con la Fuente de la vida y del amor constituye un don que tiene valor para todos, que enriquece la comunión de todos los fieles. Como tal, debe suscitar el interés y la participación de la comunidad, no sólo de la familia de los parientes próximos, sino, en la medida y en las formas posibles, de toda la comunidad que ha estado unida a la persona que muere. Ningún creyente debería morir en la soledad y en el abandono.

La madre Teresa de Calcuta se esforzaba de modo particular por recoger a los pobres y a los abandonados, para que al menos en el momento de la muerte pudieran experimentar, en el abrazo de las hermanas y de los hermanos, el calor del Padre.

Pero la comunidad cristiana, con sus vínculos particulares de comunión sobrenatural, no es la única que está comprometida en acompañar y celebrar en sus miembros el misterio del dolor y de la muerte y el alba de la nueva vida. En realidad, toda la sociedad, a través de sus instituciones sanitarias y civiles, está llamada a respetar la vida y la dignidad del enfermo grave y del moribundo.

Aun conscientes de que "no es la ciencia la que redime al hombre" (*Spe salvi*, 26), toda la sociedad y en particular los sectores relacionados con la ciencia médica deben expresar la solidaridad del amor, la salvaguardia y el respeto de la vida humana en todos los momentos de su desarrollo terreno, sobre todo cuando se encuentra en situación de enfermedad o en su fase terminal.

Más en concreto, se trata de asegurar a toda persona que lo necesite el apoyo necesario por medio de terapias e intervenciones médicas adecuadas, realizadas y gestionadas según los criterios de la proporcionalidad médica, teniendo siempre en cuenta el deber moral de suministrar (el médico) y de acoger (el paciente) los medios de conservación de la vida que, en la situación concreta, se consideran "ordinarios".

Al contrario, por lo que se refiere a las terapias especialmente arriesgadas o que prudentemente puedan considerarse

"extraordinarias", recurrir a ellas es moralmente lícito, aunque facultativo. Además, es necesario asegurar siempre a cada persona los cuidados necesarios y debidos, así como el apoyo a las familias más probadas por la enfermedad de uno de sus miembros, sobre todo si es grave o prolongada.

En el campo de la reglamentación laboral normalmente se reconocen los derechos específicos de los familiares en el momento de un nacimiento. Del mismo modo, y especialmente en ciertas circunstancias, deberían reconocerse unos derechos parecidos a los parientes próximos en el momento de la enfermedad terminal de un familiar. Una sociedad solidaria y humanitaria no puede menos de tener en cuenta las difíciles condiciones de las familias que, en ocasiones durante largos períodos, deben cargar con el peso de la asistencia a domicilio de enfermos graves no autosuficientes. Un respeto mayor de la vida humana individual pasa inevitablemente por la solidaridad concreta de todos y de cada uno, constituyendo uno de los desafíos más urgentes de nuestro tiempo.

Como recordé en la encíclica *Spe salvi*, "la grandeza de la humanidad está determinada esencialmente por su relación con el sufrimiento y con el que sufre. Esto es válido tanto para el individuo como para la sociedad. Una sociedad que no logra aceptar a los que sufren y no es capaz de

contribuir mediante la compasión a que el sufrimiento sea compartido y sobrellevado también interiormente, es una sociedad cruel e inhumana" (n. 38).

En una sociedad compleja, fuertemente influenciada por las dinámicas de la productividad y por las exigencias de la economía, las personas frágiles y las familias más pobres corren el riesgo de no ser capaces de afrontar los momentos de dificultad económica y/o de enfermedad. En las grandes ciudades hay cada vez más personas ancianas y solas, incluso en los momentos de enfermedad grave y de cercanía de la muerte. En estas situaciones es fuerte la tentación de recurrir a la eutanasia, sobre todo cuando se insinúa una visión utilitarista en relación con la persona. A este respecto, aprovecho la ocasión para reafirmar, una vez más, la firme y constante condena ética de toda forma de eutanasia directa, según la enseñanza plurisecular de la Iglesia.

El esfuerzo conjunto de la sociedad civil y de la comunidad de los creyentes debe orientarse a que todos puedan no sólo vivir de forma digna y responsable, sino también atravesar el momento de la prueba y de la muerte en la mejor condición de fraternidad y solidaridad, incluso cuando la muerte se produce en una familia pobre o en el lecho de un hospital. La Iglesia, con sus instituciones ya activas y con nuevas iniciativas, está lla-

mada a dar el testimonio de la caridad operante, especialmente en las situaciones críticas de personas no autosuficientes y privadas de apoyos familiares, y en los casos de enfermos graves que necesitan cuidados paliativos, así como una adecuada asistencia religiosa.

Por una parte, la movilización espiritual de las comunidades parroquiales y diocesanas, y por otra, la creación o potenciación de las instituciones dependientes de la Iglesia, podrán animar y sensibilizar a todo el ambiente social, para que a todo hombre que sufre, y de modo especial a quien se acerca al momento de la muerte, se le brinden y testimonien la solidaridad y la caridad.

La sociedad, por su parte, debe asegurar el debido apoyo a las familias que quieren atender en casa, durante períodos a veces largos, a enfermos que sufren patologías degenerativas (tumores, neurodegenerativas, etc.) o que necesitan una asistencia particularmente comprometida. De manera especial, se necesita la colaboración de todas las fuerzas vivas y responsables de la sociedad en favor de las instituciones de asistencia específica que requieren personal numeroso y especializado así como equipos muy caros. La sinergia entre la Iglesia y las instituciones puede ser especialmente importante en estos campos, para asegurar la ayuda necesi-

ria a la vida humana en el momento de la fragilidad.

A la vez que deseo que en este congreso internacional, celebrado en concomitancia con el Jubileo de las apariciones de Lourdes, se puedan sugerir nuevas propuestas para aliviar la situación de quienes tienen que afrontar las formas

terminales de la enfermedad, os exhorto a continuar vuestro benemérito compromiso al servicio de la vida en cada una de sus fases.

Con estos sentimientos, os aseguro mi oración para apoyar vuestro trabajo y os acompaño con una bendición apostólica especial.



# CONGRESO INTERNACIONAL: “JUNTO AL ENFERMO INCURABLE Y AL QUE MUERE: ORIENTACIONES ÉTICAS Y OPERATIVAS”

## DECLARACIÓN FINAL DE LA XVI ASAMBLEA GENERAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

*Ciudad del Vaticano, lunes 10 de marzo de 2008*

Al término de la XIV Asamblea General, celebrada los días 25 a 27 de febrero de 2008 en el Vaticano, y dedicada al tema “Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas”, la Pontificia Academia para la Vida desea ofrecer a la comunidad eclesial y a la entera sociedad civil algunas reflexiones conclusivas acerca del argumento tratado en los trabajos del congreso.

1. Delante de la experiencia del sufrimiento causado por la enfermedad y por la muerte inminente, el hombre se siente impulsado a experimentar de manera más intensa y crucial su finitud, y surgen frente a él, ineludiblemente, los interrogantes radicales sobre el sentido de la existencia y sobre su destino último. En la búsqueda de respuestas a tales preguntas y de puntos de referencia para satisfacer cumplidamente el deber moral de cuidar y sostener su propia vida, todo hombre que sufre tiende a volver la mirada alrededor de sí buscando ayuda y comprensión.

2. En el contexto cultural actual parece crecer y difundirse cada vez más la dificultad de dar un sentido profundo a la experiencia de la enfermedad y de la

muerte, sin alcanzar a integrarla en la totalidad de la experiencia personal. Desafortunadamente, este clima termina por favorecer el aislamiento de la persona enferma y sufriente, agregando a sus padecimientos físicos un ulterior peso interior de soledad moral y psicológica.

Muchas veces, junto al paciente y a sus dificultades existenciales, también el médico llamado a ayudarlo mediante su trabajo profesional, corre el riesgo de experimentar una análoga soledad frente a la gravosa tarea de seleccionar y ofrecer al paciente mismo los mejores remedios posibles para su situación de enfermedad.

Solamente la instauración de una auténtica "alianza terapéutica" entre el paciente y el médico puede evitar estos riesgos, superando la soledad de ambos y poniendo las bases para una correcta gestión de cualquier itinerario de atención médica.

3. En el corazón de cualquier verdadera "alianza terapéutica" está el reconocimiento de un bien fundamental que promover y tutelar: el bien de la vida humana, en cualquiera de sus fases.

A tal propósito, sea de parte del paciente como de parte del médico, es importante reafirmar en las convicciones y en los comportamientos concretos el emerger del valor inalienable e indispo-

nible de la vida a la cual se está prestando asistencia. Jamás será moralmente lícito actuar con la intención directa de anticipar la muerte de alguien, aún con el fin bueno de aliviar sus sufrimientos, como ha recordado recientemente el santo padre Benedicto XVI, cuando ha reafirmado "una vez más, la firme y constante condena ética de toda forma de eutanasia directa, según la plurisecular enseñanza de la Iglesia" (Benedicto XVI: *Discurso a los participantes en el congreso organizado por la Pontificia Academia para la Vida sobre el tema "Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas"*, Sala Clementina, lunes 25 de febrero de 2008).

4. Junto al rechazo de la eutanasia en cualquiera de sus formas, la Pontificia Academia para la Vida al mismo tiempo siente la exigencia de reafirmar el deber moral de rechazar toda intervención médica que pueda configurarse como "encarnizamiento terapéutico", es decir, todo acto médico que se demuestre de hecho no adecuado para alcanzar un determinado objetivo de salud o de conservación de la vida.

5. Para afrontar y gestionar un itinerario terapéutico del modo correspondiente a la dignidad de la persona enferma, es necesario que el paciente y los operadores sanitarios que lo tienen bajo su cuidado, operen juntos un con-

tinuo discernimiento sobre las intervenciones médicas que han de emprenderse, tomando en consideración tanto los aspectos médico-técnicos, como aquellos más ligados a la subjetividad del paciente, para llegar a un juicio moral sobre la mayor o menor obligatoriedad de recurrir a la intervención médica pensada.

6. Un recurso precioso que en los últimos años la medicina ha puesto a disposición de los pacientes en la fase terminal del itinerario de su enfermedad está constituido por los llamados "cuidados paliativos". Éstos, concentrando su acción propia en el alivio y el control de los síntomas de patologías ya no curables, manifiestan el gran valor ético que reconoce en la persona del paciente un sujeto que tiene derecho a ser cuidado y asistido hasta su muerte, prescindiendo de la posibilidad de recuperación o curación, porque su dignidad humana no está disminuida por su condición de salud. Por tanto, la Pontificia Academia para la Vida auspicia que este sector de la medicina moderna pueda desarrollarse siempre más, tanto en la adquisición de nuevos conocimientos científicos, como en la

puesta en marcha de suficientes estructuras de servicio y soporte, profundizando al mismo tiempo su vocación de ciencia médica al servicio de quienes sufren sin esperanza de curación.

7. En conclusión, queremos compartir con toda persona de buena voluntad la esperanza que anima profundamente nuestros corazones: la enfermedad y la muerte no son ineluctablemente una derrota para el hombre, sino parte de su vida. Ellas pueden constituir una preciosa ocasión para experimentar la riqueza de la solidaridad humana y la fuerza del amor fraterno. Por ello hacemos nuestro el acongojado llamado que el papa Benedicto XVI ha dirigido a la comunidad civil: "Una sociedad solidaria y humanitaria no puede no tener en cuenta las difíciles condiciones de las familias que, a veces por largos períodos, deben llevar el peso de la gestión domiciliaria de enfermos graves no autosuficientes. Un más grande respeto de la vida humana individual pasa inevitablemente a través de la solidaridad concreta de todos y cada uno, constituyendo uno de los desafíos más urgentes de nuestro tiempo" (Benedicto XVI).



# PUBLICACIONES DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA

PRINCIPIOS  
DE BIOÉTICA

EN EL

CATECISMO  
DE LA IGLESIA  
CATÓLICA

DOMINGO M. BASSO  
Y HUGO O. M. OBIGLIO

LA VIDA  
FRÁGIL

LA VIDA FRÁGIL. EL DILEMA DE LA CLONACIÓN REPRODUCTIVA

Principios  
de Bioética

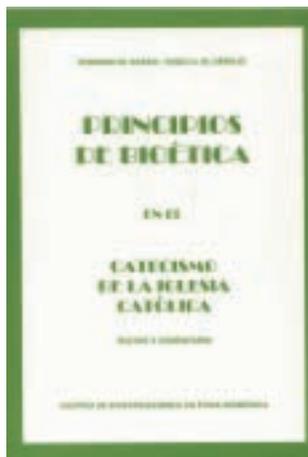
Jornada  
por la Vida

Actas del Simposio Internacional  
celebrado en Buenos Aires el 2  
y el 3 de septiembre de 1998

ANGELO SCOLA

LA BIOÉTICA  
COMO PRÁXIS

¿QUÉ ES LA VIDA?



## PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

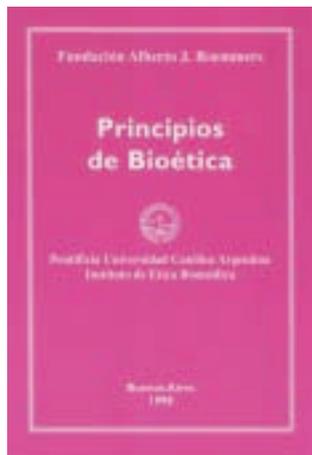
Autores

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.  
Págs. 134.

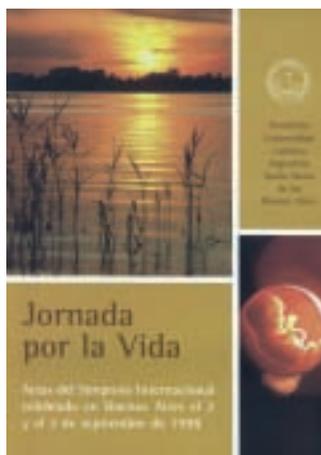


## PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

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 *Professor Honoris Causa*.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000. Reimpresión , 2004. Págs. 101.

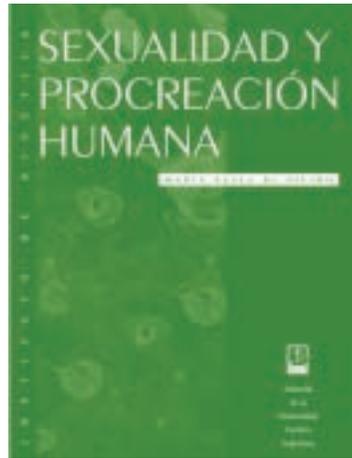


## LA VIDA FRÁGIL

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.



## SEXUALIDAD Y PROCREACIÓN HUMANA

Autora  
María Luisa Di Pietro

"El punto de vista frente a la procreación aparece hoy ambivalente: al 'miedo' al hijo, que lleva a la difusión de una mentalidad contraceptiva y abortiva, se contraponen el deseo del hijo a satisfacer incluso con el recurso a las técnicas de fecundación artificial. Y si, a primera vista, la contracepción y el aborto parecen negar la vida y la fecundación artificial rendirle un servicio, la mentalidad que subyace a ambas opciones es, en realidad, única.

A través de la descripción de los eventos, el análisis de las ideologías, el desentramamiento de la 'neolengua', el libro se propone como una investigación de las razones que han llevado a este estado de hecho y encuentra la raíz última en aquella 'banalización de la sexualidad' que Juan Pablo II ha indicado -en el n.º 97 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*- justamente como uno de los 'principales factores que se encuentran en el origen del desprecio a la vida naciente', porque 'sólo un amor verdadero sabe custodiar la vida'".

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2005.  
Págs. 351.

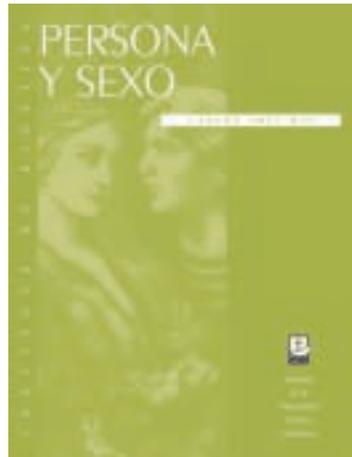


## CURARSE Y HACERSE CURAR

Autor  
Maurizio Calipari

Mons. Dr. Maurizio Calipari, Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida, aborda la compleja realidad de ofrecer en la actualidad terapias a pacientes enfermos graves y moribundos, encontrando un punto de equilibrio ético y moral que valore la vida sin convertir sus prácticas en eutanasia ni en encarnizamiento terapéutico. Elabora un criterio que denomina principio de lo éticamente adecuado que contribuye a superar el dilema planteado y evita sucumbir en la tentación del abandono del paciente en lo que Mons. Elio Sgreccia denomina en el prólogo del libro como "el momento más alto y decisivo de su existencia".

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2007.  
Págs. 232



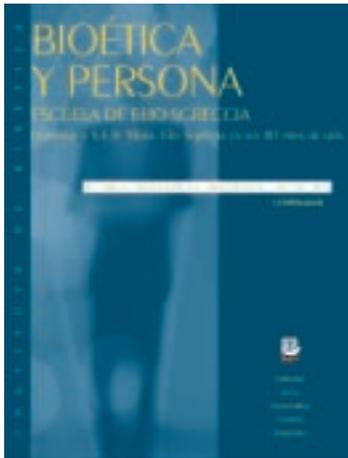
## PERSONA Y SEXO

Autor  
Carlos Abel Ray

*Persona y sexo* resume con lenguaje sencillo ochenta y seis audiencias de los miércoles de Juan Pablo II referidas a un tema que él mismo denominó Teología del cuerpo, en las que abordó lo que significa el cuerpo humano en su triple dimensión biológica, antropológica y teológica. El libro analiza en sus tres capítulos las temáticas: el cuerpo humano ayer, relacionado con la creación del hombre; el cuerpo humano hoy, referido a la pureza y la teología del cuerpo y el cuerpo humano mañana, vinculado al momento de la resurrección.

Esta obra, escrita por un médico pediatra, es de utilidad para jóvenes, padres y docentes, tanto para la propia formación como para transmitir en forma docente y académica la Verdad, el Bien y la Belleza del cuerpo humano.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2007.  
Págs. 336.



## BIOÉTICA Y PERSONA

Compilador  
Alberto Bochaty

La obra trata sobre el pensamiento, la preocupación por la persona y por la Bioética Personalista de Mons. Elio Sgreccia. Un adelantado a su tiempo, que supo descubrir su vocación y misión poniéndola en práctica en su máxima expresión. Un hombre que creció en sabiduría y conocimientos y, con la generosidad exclusiva de los sabios, supo compartirla con sus alumnos, sus discípulos y todas aquellas personas de buena voluntad que se han acercado a él. Como el compilador expresa, Mons. Elio Sgreccia no sólo enseña y promueve un tipo de Bioética, sino que ha logrado encender una luz que ilumina una escuela de pensamiento bioético cuya base es la persona, creada a imagen y semejanza de Dios y cuya dignidad personal se presenta siempre, con la misma fuerza e intensidad, en cada ser humano.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética,  
Buenos Aires, 2008.  
Págs. 447.



## REVISTA Vida y Ética AÑO 1 / NRO. 0 / DICIEMBRE 2000

- . Humanizar la medicina
- . Fecundación y concepción: ¿hasta dónde 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



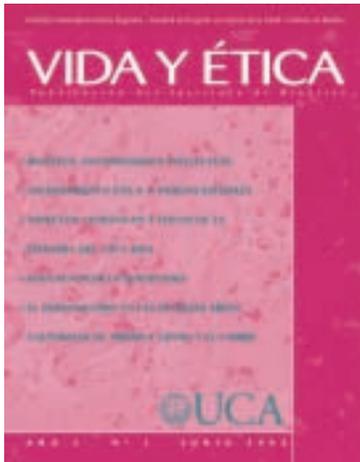
**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 3 / NRO. 1 / JUNIO 2002**

- . 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



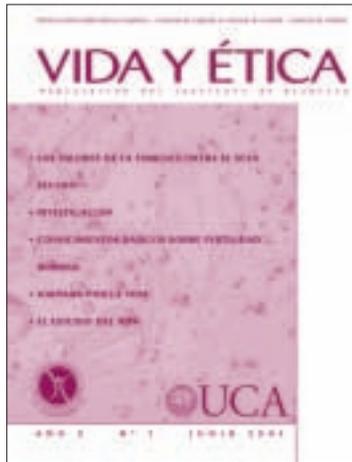
**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 4 / NRO. 1 / JUNIO 2003**

- . 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.



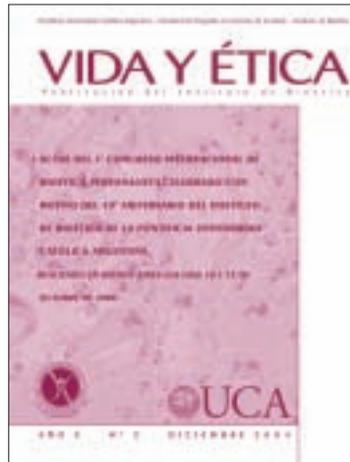
**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 4 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2003**

- . 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



**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



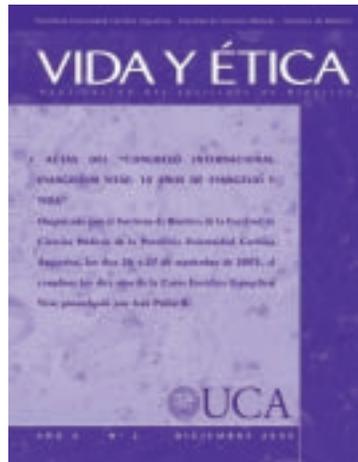
**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 5 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2004**  
**NÚMERO ANIVERSARIO - 10 AÑOS DEL**  
**INSTITUTO DE BIOÉTICA**

- . Apertura - Palabras de bienvenida
- . Necesidad de una Bioética Personalista
- . Teología, Filosofía y ciencias al servicio de la Verdad y de la Vida
- . Pontificia Academia para la Vida: bastión en la defensa de la vida
- . La Bioética Personalista en Estados Unidos
- . Personalismo: comparando y contrastando dos enfoques
- . La normativa italiana sobre reproducción médicamente asistida en el contexto europeo
- . Metodología de la Ética clínica y enfoque Personalista en las decisiones médicas
- . Bioética Personalista y consideraciones respecto del final de la vida
- . Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo
- . Responsabilidad: concepto eje en el tema de la salud
- . La responsabilidad como eje de la relación clínica
- . Bioética integral. Persona como objeto y persona como sujeto
- . Situación de la Bioética Personalista en España
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Teología
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Biotecnologías
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Filosofía
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Familia
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioderecho
- . Bioética Personalista: caminos de diálogo a favor de una Cultura de la Vida
- . Teología de la Vida
- . Contracepción y aborto como frutos de una misma planta: la continuidad de la enseñanza entre *Humanae Vitae* y *Evangelium Vitae*
- . Estatuto jurídico del embrión en la Argentina
- . Proporcionalidad terapéutica
- . Decisiones en medicina crítica: entre el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia
- . Aplicaciones pastorales de la Bioética Personalista



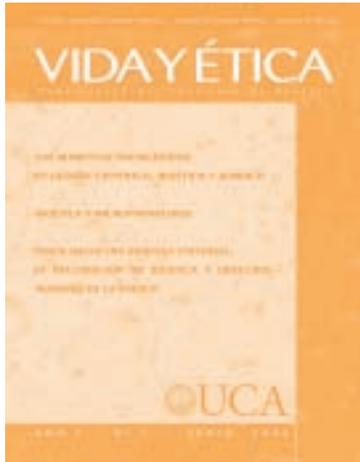
**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 6 / NRO. 1 / JUNIO 2005**

- . ¿Fundamentos religiosos de la Bioética?
- . La contribución de la religión a la Bioética
- . El Don de la felicidad
- . La Bioética y la corporeidad
- . Ontología de la corporeidad. La dimensión exterior de la persona humana
- . Jurisprudencia y Bioética: balance de 20 años de democracia
- . ¿Qué legislación en Bioética?
- . La Bioética en la perspectiva de la ciencia moral
- . Responsabilidad y Ética. Sugerencias de Emmanuel Lévinas
- . Debate: ¿se debe despenalizar el aborto?
- . Necesidad de proteger al más débil
- . El derecho a tomar decisiones
- . El conflicto de la futilidad terapéutica
- . Aborto terapéutico. Declaración del Instituto de Bioética
- . Aborto: análisis del fallo de la suprema Corte bonaerense que autoriza aborto
- . Ningún derecho asiste a matar a una persona
- . Educación para vivir
- . Discurso de S.S. JP II "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"
- . Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo
- . Reflexiones acerca de la nutrición artificial e hidratación
- . La eutanasia en Holanda incluso para niños menores de doce años
- . Nuevo presidente de la Pontificia Academia para la Vida: S.E.R. Mons. Elio Sgreccia
- . Mensaje de S.S. Juan Pablo II a los participantes de la XI Asamblea General de la PAV
- . Homilía de S.S. Benedicto XVI



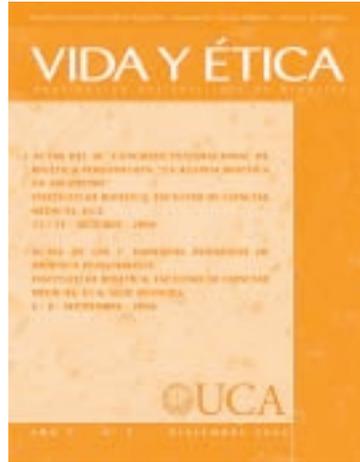
**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 6 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2005**

- . Apertura
- . La encíclica *Evangelium Vitae*: origen y motivación
- . Teología de la vida en *Evangelium Vitae*
- . Síntesis de la mañana
- . La educación para la vida en la carta encíclica *Evangelium Vitae*
- . *Evangelium Vitae* y bioética
- . *Evangelium Vitae*: su eco en Norteamérica
- . El cuidado de la salud a diez años de la *Evangelium Vitae*
- . *Evangelium Vitae*, leyes y legisladores
- . *Evangelium Vitae*: su valor y vigencia ante los desafíos legislativos sobre la vida
- . Pena de muerte. Enseñanza de *Evangelium Vitae*
- . Algunas consideraciones en torno al cuerpo humano a la luz del magisterio de Juan Pablo II
- . *Evangelium Vitae* y tercera edad
- . *Evangelium Vitae* y familia
- . *Evangelium Vitae* y aborto
- . El derecho de los padres ante una posible ley de "educación sexual". Solicitada publicada en el diario La Nación por la Facultad de Derecho, el Instituto para el Matrimonio y la Familia y el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina
- . Declaración episcopal sobre el proyecto de educación sexual – CEA. Comunicado emitido por la agencia Informativa Católica Argentina (AICA)
- . Las personas homosexuales dentro de la Iglesia
- . Salud: firme oposición a la ley de donante presunto. Para la Iglesia viola la libertad de la persona
- . El acto debe ser voluntario
- . Mensaje del Cardenal Javier Lozano Barragán con ocasión de la Jornada Mundial contra el Sida
- . Instrucción sobre los criterios de discernimiento vocacional en relación con las personas de tendencias homosexuales antes de su admisión al seminario y a las órdenes sagradas
- . Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos
- . Algunas consideraciones respecto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la Conferencia General de la Unesco



**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 7 / NRO. 1 / JUNIO 2006**

- . Los alimentos transgénicos: un desafío científico, bioético y jurídico
- . Bioética y microprematuros
- . Pasos hacia una bioética universal: la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO
- . Jornada en Conmemoración del Día del Niño por Nacer
- . En servicio de la vida humana. Reflexiones filosóficas a partir de la Carta de los agentes sanitarios
- . Declaración con motivo de la ley que propone la legalización de la ligadura de trompas y la vasectomía
- . Relaciones lábiles
- . La Iglesia pide una educación sexual "positiva y prudente"
- . Hay que educar en los afectos y tomar algunos recaudos
- . La Iglesia insiste en que se debe defender la vida. Rechazo de católicos al proyecto de juristas
- . Cambios al Código Penal: el aborto siempre es un crimen. Comunicado de la Agencia Informativa Católica Argentina (AICA)
- . La Iglesia ante el proyecto de ligadura de trompas y vasectomía. Comunicado de prensa de la Conferencia Episcopal Argentina
- . Comunicado del Secretariado Nacional para la Familia
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los miembros de la XII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Congreso Internacional: El embrión humano en la fase de la preimplantación. Declaración Final de la XII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Intervención del Card. Javier Lozano Barragán, jefe de la delegación de la Santa Sede, en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el tema VIH/SIDA



**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 7 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2006**

- . Apertura
- . Legislación, políticas públicas y proyectos sobre la vida y la familia en la Argentina
- . Sociedad civil y la agenda Bioética
- . La agenda bioética en Chile
- . Formación y enseñanza en Bioética
- . Educación sexual en las escuelas
- . Inicio de la vida humana y debate sobre el aborto
- . Donante presunto
- . Cuidados paliativos y una experiencia desde el Hospice
- . Consideraciones bioéticas sobre células madre y clonación
- . La clonación. Elementos científicos y reflexiones éticas
- . La medicina, la vida y la muerte: una mirada antropológica
- . La muerte y su significación
- . Defensa de la vida y dignidad humana
- . Proporcionalidad en los medios terapéuticos y de sustentación vital
- . La ética del morir desde la medicina. La muerte biológica
- . Dimensión antropológica de la muerte
- . Madurez humana. Vida y responsabilidad
- . Quo vadis homo? La poshumanidad
- . Ligadura de trompas y vasectomía
- . Esterilización: el Congreso argentino legaliza ligadura de trompas y vasectomía
- . Declaración en defensa de la vida inocente
- . En defensa de la vida humana inocente
- . Una cuestión de vida o muerte
- . Objeciones a la ley de educación sexual obligatoria
- . La píldora del día después
- . Sigue la polémica: "el Estado no puede promover leyes que permitan el aborto con píldoras"
- . Píldora del día después. Consideraciones legislativas, científicas y antropológicas
- . Mujer: Declaración de la Universidad Católica Argentina sobre el Protocolo Facultativo
- . Intervención de Mons. Elio Sgreccia. Las células madre. ¿Qué futuro para la terapia?



**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 8 / NRO. 1 / JUNIO 2007**

- . La educación en el amor. Un proyecto que integra a la familia, la escuela y los alumnos
- . Limitación del esfuerzo terapéutico en neonatología
- . La homosexualidad en la cultura occidental. Evolución histórica y perspectivas en el siglo XXI
- . Crisis en la enseñanza de la medicina.
- . La llamada "objección de conciencia institucional"
- . Así entró el aborto en España
- . Objeción de conciencia
- . No existe un derecho al aborto.
- . Sorpresa entre los especialistas
- . Nueva cultura de la vida
- . El valor de la vida se mide por dignidad
- . Se acelera el debate sobre la eutanasia
- . Polémica por la píldora del día después
- . Repercusiones del proyecto de ley de muerte digna
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI. XIII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Congreso Internacional: la conciencia cristiana en apoyo del derecho a la vida
- . Familia, personas y vida



**REVISTA Vida y Ética**  
**AÑO 8 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2007**

- . Conciencia y discernimiento moral
- . La objeción de conciencia en los documentos internacionales
- . Conciencia moral y virtudes
- . Objeción de conciencia en el Derecho
- . Historia de la objeción de conciencia e interpretaciones actuales del concepto de tolerancia
- . Objeción de conciencia y Antropología
- . Bioética y objeción de conciencia: perspectiva pastoral
- . Los desafíos jurídicos frente a la objeción de conciencia
- . El derecho a la objeción de conciencia de las instituciones
- . Objeción de conciencia y administración hospitalaria
- . Bioética y farmacología
- . Ciudadanía y municipios saludables
- . Objeción de conciencia y ciudadanía
- . Palabras de cierre
- . Aborto y sus consecuencias
- . Regulación de la natalidad. Dificultades según la personalidad
- . La preocupación por la vida en "Aparecida"
- . Casos de desviación de la identidad sexual
- . No hay que matar un niño para solucionar un problema social
- . Procreación artificial: sistemática eliminación de embriones humanos en Gran Bretaña
- . Aborto: hospital público ejecuta sentencia contra niño por nacer
- . La legalización de la muerte digna en Río Negro levantó polémica
- . Críticas de la Iglesia a la ley que autoriza la muerte digna
- . Alimentación e hidratación artificiales. Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI

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](mailto:bioetica@uca.edu.ar)

# CRITERIOS PARA PUBLICAR EN VIDA Y ÉTICA

1. La Revista *Vida y Ética* es una publicación especializada en el campo de la *Bioética* que realiza el Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Se focaliza en la difusión académica entre los profesionales afines a la *Bioética* y a todas las personas interesadas en las temáticas y discusiones actuales en este campo.
2. Las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición del Instituto de Bioética ni de esta Revista.
3. El material deberá ser inédito. Las ponencias, comunicaciones y declaraciones serán aceptadas siempre que consignen con claridad el lugar y fecha de su primera exposición.
4. Todo material que quiera ser publicado en *Vida y Ética* deberá contar con la autorización expresa del Director de la Revista y de aquellas personas que él considere apropiadas. Junto con esta aprobación se tendrá en cuenta el tiempo disponible para su publicación, desde la entrega del material, y el espacio disponible en la Revista.

5. Se consideran cuatro tipos de publicaciones: **artículos, opinión y comentarios, documentos nacionales y documentos internacionales.**

Los **artículos** son trabajos de tesis, de investigación científica, etc. Deben tener una extensión máxima de 50 páginas de Word.

La sección de **opinión y comentarios** incluye trabajos cortos, abocados en un tema específico, por tanto su máxima extensión es de 15 páginas de Word.

Finalmente, los **documentos nacionales y los internacionales** son comunicados de prensa, declaraciones de instituciones y/o sus directivos, artículos periodísticos, etc.

6. Los autores que hayan publicado en *Vida y Ética* recibirán cuatro ejemplares de cortesía de dicho número.
7. El material deberá estar escrito en español. El texto debe ir en letra Times New Roman (12 pts.), interlineado sencillo, sangría en primera línea (1,25 cm.), y un espacio entre párrafos.

El artículo debe ir acompañado de un resumen (reseñado en tercera persona, de no más de 10 ó 12 líneas) que destaque las ideas principales que se abordan en el texto y una selección de palabras clave (entre tres y cuatro) que guíen al lector acerca de los temas a tratar. El cuerpo del texto puede contar con subtítulos. Se puede incluir bibliografía o notas al pie si se consideran necesarias. Siempre deben ser acompañados por un currículum vitae abreviado de su/s autor/es. Estas consideraciones se aplican tanto a la sección de artículos como a la sección de opinión y comentarios. Es importante reseñar que el material deberá estar escrito, preferentemente, en tercera persona.

8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre, *Título del libro*. *Subtítulo*, Traductor (si es que hubiera), nº de edición (salvo que sea la 1ª edición), volumen, Lugar de edición, Editorial, año de publicación, página/s.
9. En el caso de citar revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre, "Título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, lugar de edición (mes, año), página/s.

10. La Pontificia Universidad Católica Argentina suscribe todas sus publicaciones a formato digital sobre la plataforma de la Biblioteca Digital de la institución. De modo que los autores de *Vida y Ética* deberán dejar constancia expresa en caso de autorizar la solicitud enviada oportunamente.
11. El material deberá ser enviado a la siguiente dirección:  
Instituto de Bioética  
Facultad de Ciencias Médicas  
Pontificia Universidad Católica  
Argentina  
Alicia Moreau de Justo 1400, PB  
(C1107AFB) – Cdad. Autónoma  
de Buenos Aires  
Argentina  
E-mail: [bioetica@uca.edu.ar](mailto:bioetica@uca.edu.ar)
12. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de e-mail señalada con anterioridad.

