

Tema 1. Bioética y Teología moral

1. Introducción

Conviene, para empezar, ofrecer una descripción muy general de lo que se entiende por Bioética y Teología Moral. De ese modo, se podrán determinar sus contenidos y percibir las coincidencias – y también las importantes diferencias – que se dan entre una y otra.

La Bioética se propone estudiar, sirviéndose de los principios y métodos de la filosofía, y en concreto de la filosofía moral, los problemas que las ciencias de la vida y de la salud y, en particular, sus aplicaciones al hombre (biología, medicina, genética, ecología) plantean en la teoría y la práctica, con el fin de dictaminar acerca de su relación con el bien y el mal moral. Aunque nacida en época relativamente reciente, esta disciplina ha experimentado una gran expansión, en especial en los Estados Unidos y a partir de ellos. Hay ya prácticamente en todos los países instituciones que se dedican a la enseñanza y a la investigación de la bioética y son incontables las publicaciones (libros y revistas) y las páginas de Internet sobre los diferentes aspectos de la Bioética. Incluso han surgido en ella “especialidades”, tales como la ética biomédica, la bioética clínica, la ética biotecnológica, la neuroética, o la bioética ecológica.

El contenido de la Bioética es extraordinariamente extenso y variado. Los temas que estudia, desde la perspectiva de las diferentes corrientes y escuelas de filosofía moral, incluyen, por ejemplo, las intervenciones biomédicas sobre la transmisión de la vida, el mantenimiento de la salud, la atención de la enfermedad, el cuidado de los moribundos, las relaciones entre médicos y pacientes; las aplicaciones de la genética; las investigaciones sobre el hombre que buscan nuevos procedimientos diagnósticos, preventivos, terapéuticos; la gestión sanitaria; la regulación ética de las profesiones de salud, y también la conservación y mejora del ambiente. Procura, en todos los casos, proceder con rigor científico para definir en términos precisos las situaciones moralmente problemáticas, y fijar los criterios (deber, felicidad, eficiencia, utilidad) que permiten discernir sobre lo bueno y lo malo, y proponer, por último, soluciones razonables, bien fundadas y factibles.

Por su parte, la Teología moral se dedica al estudio del actuar humano a la luz de la Revelación cristiana. Se interesa, igual que la Ética, por el análisis racional del bien y el mal de las acciones del hombre, pero desde una perspectiva que tiene en cuenta el sentido último de la existencia humana según la doctrina salvadora de Cristo. El núcleo de la Teología moral, su punto de partida, está constituido por las verdades de la fe cristiana: fe en Dios, Creador y Padre, que ha puesto en el mundo al hombre, hecho a su imagen y semejanza, y que, después de su caída, lo ha redimido en Cristo.

De esa Revelación forman parte las verdades sobre el comportamiento moral del hombre y su salvación eterna, tal como se contienen en la Sagrada Escritura y se han transmitido por la Tradición. La Teología moral estudia a fondo los mandamientos de la Ley, las bienaventuranzas del Evangelio, los sacramentos de la Iglesia y las virtudes humanas y cristianas. Su tarea más propia no es fundamentar y comentar un código racional de conducta, sino considerar la actividad del hombre en contacto vivo con el misterio de Cristo y la historia de la salvación. Como señala el Concilio Vaticano II (*Optatam totius*, 16), la teología moral viene a ser una exposición científica que, nutriéndose de la doctrina de la Sagrada Escritura, estudia los contenidos de la vocación cristiana, y de la obligación de los fieles de producir fruto para la vida del mundo en la caridad.

En la Sagrada Escritura el moralista no sólo ha de buscar datos para sus razonamientos de ciencia moral. En ella ha de encontrar también inspiración para la piedad humilde que su oficio de teólogo necesita para no caer en la petulancia.

La Bioética y la Teología moral coinciden en su foco de interés fundamental: la persona humana, y, en especial, su vida y su dignidad. No es extraño, por eso, que hayan de mantener relaciones mutuas muy estrechas, aunque no siempre armoniosas, como veremos.

2. La ética de la Medicina, un legado cristiano

No han faltado, fuera del mundo cristiano, ideas elevadas acerca del valor de la vida y la dignidad humanas. Llegaron, en algunas culturas orientales, pero sobre todo en el Occidente antiguo, en Grecia y Roma, a una madurez notable, aunque no estuvieran libres de graves limitaciones. Por ejemplo, no daban igual valor a la vida de todos: el señor y el esclavo, el conciudadano y el bárbaro, el sano y el incurable, pertenecían a categorías morales diferentes. En muchos casos, la dignidad dependía del sexo o del rango social, pertenecía en exclusiva a minorías culturalmente selectas, o se transmitía por herencia en las familias aristocráticas. No era patrimonio común a todos sin distinción.

Son muy pocas las referencias a la ética médica en los escritos que se conservan de los primeros siglos del cristianismo primitivo. La religión de Cristo irrumpió en el mundo antiguo como un mensaje de redención, que predicaba la radical igualdad y dignidad de todos, hijos de Dios y llamados a un destino eterno. La naturaleza humana, al ser asumida por Cristo, quedó definitiva y supremamente dignificada. Los primeros cristianos y, de modo especial los Santos Padres no tuvieron, por ello, inconveniente en incorporar en la nueva teología cristiana, a través de una gigantesca tarea de selección y purificación, muchos elementos de lo genuinamente humano de la cultura pagana de entonces. Ya en la Didaché - el más antiguo escrito cristiano no bíblico – se hacía una vibrante defensa de la vida y de la dignidad de todo hombre. Y lo mismo hicieron Atenágoras, Tertuliano, y muchos Santos Padres. San Ireneo pudo afirmar que “el hombre vivo es la gloria de Dios”.

Un ejemplo, bioéticamente muy relevante, de esa incorporación a la cultura cristiana de lo pagano noble es el famoso Juramento hipocrático, creación de un alma *naturaliter christiana*. Con algunas adaptaciones, pudo ser asumido por los primeros médicos cristianos y sus sucesores hasta nuestros días. La ética del Juramento fue durante casi dos milenios la guía ética no sólo de los médicos cristianos, sino también de sus colegas judíos y musulmanes. El Juramento imponía a los médicos unos compromisos muy firmes: que respetaran la vida humana por precaria que fuese, lo mismo antes que después de nacer; que no causaran daño deliberado ni injusticia a sus pacientes y que con ellos se comportaran intachablemente, con pureza y santidad; que ejercieran su trabajo con la pericia y competencia exigibles; que guardaran el secreto profesional.

El sincero seguimiento de esa ética no podía dejar de ejercer un profundo efecto en la sociedad. Se ha afirmado que el modo caritativo, y muchas veces heroico, en que los cristianos, y en especial los médicos, atendían a todos los enfermos, sin discriminación, en las continuas epidemias de entonces tuvo, en la conversión al cristianismo del mundo pagano, tanta influencia como el ejemplo de vida de los fieles corrientes o el testimonio de los mártires.

Las características propias de la medicina medieval, no hacían necesario un desarrollo especial y detallado de su ética. Por mucho tiempo, la medicina fue ejercida por clérigos y monjes, como

un servicio que se prestaba a Cristo en los enfermos. El Señor era tenido por el “Gran Médico” y su Santísima Madre era invocada como *Medicina nostra*. La medicina no disponía entonces, ni en los primeros siglos de la Edad Moderna, de muchos recursos terapéuticos de que informar o en que escoger. No era posible una ética médica “a la moderna”. Pero la falta de opciones era compensada por la caridad con que los enfermos eran tratados en los hospitales.

Durante el prolongado periodo de la ética médica que Pellegrino llama quiescente, y que él hace durar desde Hipócrates hasta 1960, fue suficiente la tradición hipocrática cristianizada para inspirar el trabajo ético de los médicos. En ese largo tiempo, sin embargo, se produjeron cambios notables en el modo de ejercer la medicina. Ésta adquirió al final de la Edad Media, con el advenimiento de las universidades, el carácter de profesión. Desde entonces, de modo más o menos explícito se fueron estableciendo normas corporativas sobre el modo de estudiar y de practicar la medicina los miembros de los gremios o colegios que se iban creando.

En el siglo XVI, algunos autores escriben libros sobre el médico virtuoso y perfecto como ideal ético. El portugués Henrico George Anriquez, en su *Retrato del perfecto medico* (1595), describe así sus rasgos

“el Medico ha de ser temiente al Señor y muy humilde, y no soberuio, vanaglorioso, y que sea charitatiuo con los pobres, manso, benigno, affable y no vëgatiuo. Que guarde el secreto, que no sea linguaraz, ni murmurador, ni lisongero, ni embidioso: Que sea prudente, templado, que no sea demasiadamente osado: [...] que sea continente, y dado a la honestidad, y recogido: que sea el Médico dado a las letras, y curioso; que trabaje en su arte y que huya de la ociosidad. Que sea el Médico muy leydo y que sepa dar razon de todo. [...] que imite a algun docto varon, que no sea dado a la sophisteria, sino a la sciencia madura, que no huya de las disputas sobre cosas de su sciencia.”

A finales del XVIII, la ética de los médicos recibe la influencia de los filósofos de la Ilustración y de la creciente jurisprudencia. Aparecen, en Escocia e Inglaterra, los primeros libros de que tratan sistemáticamente de los deberes de los profesionales de la medicina (los Gregory, Percival). En esas obras se trazan los rasgos del *médico caballero*, que en cierto modo inspiran los primeros Códigos de Ética de las corporaciones médicas. Percival, en la dedicatoria a su hijo médico, de su *Ética Médica* (1803) le dice:

“El estudio de la ética profesional vigorizará y ensanchará tu entendimiento; la guarda de los deberes que impone afinará tus modales, expandirá tus afectos, y te dará la compostura y dignidad de conducta que son esenciales en el carácter moral de un caballero”.

En los tratados de ética médica del XIX, de autores protestantes o católicos, se mezcla la ética heredada de Hipócrates con la etiqueta de la colegialidad refinada. Aunque, entre los médicos, no escaseaban los ateos, esos tratados partían de la noción común de que el médico era un caballero cristiano, considerado, razonable, auto-crítico, templado, que debía prestar servicios gratuitos a los pobres y actuar como experto en los tribunales y en servicio de la autoridad pública. Se fueron fraguando así los códigos de deontología con su énfasis en la prescripción de deberes (hacia el paciente, los colegas, la sociedad).

Se puede afirmar que, en general, antes de 1960 las relaciones entre la medicina y la religión fueron, en general, concordes e incluso cordiales. Fue justamente en ese ambiente en el que nació y se desarrolló la Medicina pastoral.

3. Medicina pastoral y Ética de la Medicina

Ya desde antiguo, los moralistas se vieron forzados a prestar atención a un número creciente de cuestiones en los que confluían la medicina y la cura de almas. Lógicamente, la frontera que une, y a la vez distingue, medicina y teología ha permanecido siempre abierta, pues así lo exigía el cuidado médico de los enfermos y la cura pastoral de las almas. De un lado, la medicina podía ofrecer al teólogo moral datos científicos que le ayudaban a entender mejor al hombre, en los trances especiales del nacer, el enfermar y el morir. Y, de otro, la teología moral podía verter en la medicina su doctrina del hombre como agente moral responsable de su destino eterno, y colaborar en la resolución de los conflictos éticos de la práctica médica.

El intercambio se hizo lógicamente más intenso a medida que la medicina se fue desarrollando: a mayor conocimiento y complejidad, más posibilidades de actuar y, en consecuencia, más problemas morales. Desde antiguo, los médicos acudían a los teólogos para consultarles sus casos dilemáticos. Y desde antiguo, los pastores y teólogos pedían a los médicos que les aclararan ciertos problemas biológicos y patológicos para mejor resolver los conflictos morales relacionados con la administración de los sacramentos o la resolución de juicios canónicos.

Justamente, para mejor juzgar en el confesionario sobre las conductas de sus penitentes, nació la Medicina pastoral. Cuando el IV Concilio de Letrán impuso a los fieles la obligación de confesar sus pecados mortales al menos una vez al año, los confesores necesitaron aprender a graduar la gravedad de los pecados. Aparecieron entonces libros sobre la materia, de los que el más famoso es la *Summa Theologiae Moralis*, de S. Antonino de Florencia (s. XV). Con el paso del tiempo, fueron apareciendo nuevos tratados que no sólo proporcionaban a los sacerdotes los conocimientos médicos exigidos por su ministerio pastoral, sino que también relataban cómo ejercer la profesión médica conforme a la moral cristiana. En cierto modo, Medicina pastoral y Moral de la medicina crecieron una al lado de la otra durante unos siglos.

La Medicina pastoral alcanzó con el tiempo un notable desarrollo. Los libros que trataban de ella solían dividir su materia en relación con los Mandamientos de la Ley de Dios (en especial del quinto y del sexto) y de la Iglesia (dispensas de asistir a Misa, de cumplir el ayuno y la abstinencia), con los Sacramentos (Bautismo, Comunión, Extrema Unción, y Matrimonio); además acostumbraban a aconsejar sobre la atención sacerdotal de los enfermos y sobre las correspondientes responsabilidades del médico. Paolo Zacchia, médico pontificio, estudió una variadísima temática común a la teología, el derecho y la medicina, que recopiló en sus acreditadas *Quaestiones medico-legales* (1621-1651). El nacimiento de la embriología y la obstetricia modernas en los siglos XVII y XVIII replanteó la problemática del bautismo de los fetos y de los neonatos prematuros o malformados, y reavivó los debates sobre el momento de la animación del feto. Apareció entonces la *Embryologia Sacra* (1745) de Francesco Emmmanuele Cangiamila, llamativamente sensible a los problemas médicos de su tiempo.

En la segunda mitad del s. XIX y los primeros decenios del XX, aparecen libros de medicina pastoral, fraguada ya en un cuerpo sólido de doctrina y práctica. Los más acreditados fueron los del médico alemán Carl Cappellmann (1879), del arzobispo italiano Giuseppe Antonelli (1905) y, sobre todo, el enciclopédico tratado en seis volúmenes del ginecólogo germano-austríaco Albert Niedermeyer (1948-1952). Fue también entonces cuando se dio en Francia un importante florecimiento de la llamada allí *Morale médicale*, que propició la publicación de tratados de deontología escritos por médicos de inspiración cristiana (por ejemplo, los de Max Simon y Georges Surbled), en los que no faltan ideas nuevas y precursoras acerca de la ética de la experimentación humana y la moral sexual.

Hasta mediados del siglo XX, el cultivo de la ética médica fue una tarea casi exclusiva de los católicos (médicos y sacerdotes), profesores de universidades y seminarios, que los habían escrito para sus estudiantes, y también para enfermeras, médicos, sacerdotes. Es el caso de Finney, Healy, Kelly, McFadden, O'Donnell o Paquin. Sorprenden algunos de ellos por su modernidad, esto es, por el estudio de problemas que entonces estaban naciendo y que se plantearon con toda gravedad años más tarde.

No faltó el aliento ni la orientación ética del Magisterio. Pío XII fue, por medio de sus discursos y mensajes a científicos, médicos y enfermeras, un incansable educador en temas de ética médica y medicina pastoral.

Se llegó entonces al decenio de los 1960 que, con el nacimiento de la Bioética, transformó de modo radical la ética médica y, paradójicamente, la Teología moral.

4. Ética médica y bioética

En el sentir general, Ética médica y Bioética son términos que parecen significar lo mismo. Y, aunque el uso del lenguaje los tenga como sinónimos, conviene asomarse por un momento a la historia para comprender que estamos ante realidades que difieren en la extensión y en el modo de tratar de su contenido.

Por Ética médica, o mejor, por Ética profesional de la medicina, se han de entender las normas de conducta profesional que los médicos y sus colegios se han ido dando a sí mismos a lo largo del tiempo. Esta ética es, en mayor o menor medida, heredera de la tradición hipocrática. Desde un punto de vista académico ha sido tildada de mera ética aplicada, "ética de aficionados", carente de fundamentación en la filosofía moral, compuesta por una mezcla ecléctica de criterios deontologistas y teleologistas, y contaminada de normas heterogéneas (de etiqueta corporativa, preceptos legales o cánones religiosos).

La ética profesional de los médicos es resultado de una reflexión seria, ponderada y selectiva que, desde antiguo, las organizaciones médicas han venido haciendo sobre las realidades de la práctica para determinar el ethos de la profesión. Pueden establecerse así los comportamientos obligados, recomendados o prohibidos, que quedan expresados en los artículos de los Códigos de Ética y Deontología Médicas, de obligado cumplimiento para los médicos, en cuanto miembros de una profesión organizada. La ética codificada trata, de una parte, de mantenerse fiel a su identidad histórica y a sus tradiciones morales de la profesión, y procura, de otra, responder a los desafíos del progreso científico, a las presiones de la evolución social, o a los dictados de la política sanitaria. Es una ética hecha por médicos y destinada a los médicos.

La Bioética es otra cosa. Nació como disciplina en un contexto histórico y con unos propósitos bien diferentes. Se fue gestando a lo largo de los años 1960, un período de gran inquietud política, de reclamación de libertades civiles, de crítica de la autoridad, de vuelcos sociales y morales. Son los años del Concilio Vaticano II, de la guerra de Vietnam, del Mayo francés, de la revolución sexual. En Medicina es el tiempo de las primeras leyes de aborto, de la expansión social de la contracepción, de la diálisis renal, de las unidades de cuidados intensivos, de los trasplantes de órganos, del diagnóstico prenatal, del activismo a favor de los derechos de los pacientes, de denuncia de abusos increíbles en experimentación clínica.

En esa coyuntura, algunos filósofos y moralistas consideraron que la ética tradicional de la medicina tenía que ser revisada a fondo para limitar el poder de los médicos y, sobre todo, para dar a los pacientes y usuarios un papel determinante en las decisiones que les concernían. Esas aspiraciones fueron prontamente convertidas en derechos por algunas sonadas sentencias judiciales y por algunas legislaciones.

La palabra Bioética fue puesta en circulación en Estados Unidos. (En realidad, el término Bioética había sido acuñado en 1927 por Fritz Jahr, un pastor luterano, para designar la ciencia de las relaciones del hombre con los animales y plantas. La idea de Jahr cayó en el olvido). Nació la palabra casi al mismo tiempo en dos circunstancias diferentes, pero igualmente significativas. De un lado, la usó en 1970 Potter para una nueva disciplina, no particularmente ligada a la medicina, que se propone estudiar la ciencia biológica y los valores humanos con el fin de promover la supervivencia humana, mejorar de la calidad de vida y suscitar una ecología óptima y una óptima adaptación del hombre al ambiente. La idea de Bioética de Potter permaneció poco activa durante muchos años, pero ha despertado con fuerza en tiempos recientes. De otro lado, el término Bioética fue usado, en 1971, por Sargent Shriver y André Hellegers, para dar título al *Instituto para el Estudio de la Reproducción Humana y la Bioética*, creado por la Fundación Kennedy dentro de la Universidad de Georgetown, en Washington D.C., y cuyo objeto principal sería promover el estudio interdisciplinar (entre médicos, filósofos, teólogos, juristas, sociólogos, biólogos), desde la diversidad religiosa (fieles de múltiples confesiones religiosas y agnósticos), de los avances de las ciencias biomédicas, en especial los relacionados con la reproducción humana, la población, el desarrollo embrionofetal, la medicina perinatal, la ingeniería genética.

En Estados Unidos, a los que hay que reconocer un predominio casi absoluto en materia bioética, los cultivadores de esta disciplina han jugado un papel decisivo en la configuración de una nueva ética para la ciencia y la práctica biomédica. Para ello, no sólo afirmaron los principios derivados de la ética liberal e individualista, sino que también dedicaron no pocos esfuerzos a tarea de debilitar la competencia que pudiera hacerles la tradición hipocrático-cristiana. Se aplicaron a una larga y larvada guerra de culturas que quiere el triunfo de la nueva bioética secularista. Simbólicamente, el Juramento hipocrático ha sido objeto de fuertes y tenaces ataques de los bioéticos secularistas, que no sólo han negado su vigencia a lo largo de la historia, sino que lo han inculcado de perpetuar el paternalismo del médico.

La ética profesional médica es juzgada por los bioéticos como poco adecuada para el tiempo actual, pues sigue imponiendo deberes fuertes, en lugar de proclamar libertades. Además, a su juicio, no nace esa ética de un consenso social amplio, sino de la autorregulación profesional que los propios consejos de médicos se fabrican. Lógicamente, no ha gustado a los médicos que los bioéticos reclamen la superioridad de la ética de sus principios sobre la ética de los códigos, o que proclamen que, sólo conformándose a esos principios, podrán los médicos verdaderamente responsables tratar con integridad a sus pacientes o realizar sus investigaciones. De hecho, son muchos los médicos que tienen de la bioética una opinión pobre: una cosa de filósofos, dedicados a montar escenarios imaginarios, que sirven para hacer ejercicios dialécticos de argumentos y contra-argumentos, formalmente rigurosos, pero desconectados de la realidad clínica; juegos que, en fin de cuentas, muestran que cualquier solución es aceptable desde el ángulo de alguna teoría metaética.

Tras casi 50 años de coexistencia, las relaciones entre Ética profesional y Bioética no pasan de mínimamente cordiales. Los Códigos de Ética de las asociaciones médicas han sido, hasta ahora, poco permeables a la mentalidad y planteamientos de la Bioética.

Al tratar otros temas del Programa no faltarán ocasiones de reconsiderar las relaciones entre Teología moral y bioética.

5. Bioética y teología moral

En los primeros años de la Bioética, los teólogos jugaron un papel importante en su implantación. Incluso se habla de un “periodo de los teólogos” que precedió al “periodo de los filósofos”. El hecho es fácil de entender: los problemas que estudia la Bioética son también problemas para la Teología moral. No es, pues extraño, que con el paso del tiempo, muchos teólogos morales se encontraron debatiendo de lleno cuestiones bioéticas. Además, en los años que siguieron al Concilio Vaticano II no fueron pocos los teólogos católicos que abandonaron el sacerdocio y se reciclaron como profesores o expertos en cuestiones bioéticas. Algunos de ellos se han caracterizado por su fuerte falta de armonía con el Magisterio de la Iglesia.

Los teólogos participaron activamente en la implantación de la naciente Bioética. Entre los protestantes, se ha de citar a Joseph Fletcher y Paul Ramsey. Fletcher fue el impulsor de la ética situacionista; asumió un papel desafiante y provocador y terminó confesándose ateo. En sus publicaciones defendió, ya en los años 1970, no sólo la contracepción, la esterilización y el aborto, sino también la clonación y la producción de híbridos hombre-animal. Propuso la aplicación en medicina de sus “indicators of humanhood”, mediante los que excluía de la familia humana a los embriones y fetos, los deficientes mentales, los seniles y los moribundos. Es, en cierto modo, el prototipo de bioeticista que adquiere notoriedad mediante sus ideas iconoclastas. Por contraste, Ramsey sostenía la santidad de la vida humana y la sacralidad del cuerpo. Consideraba la ética médica y las relaciones de médicos y pacientes, de investigadores y sujetos, como una alianza mutua de fidelidad y lealtad. Esas premisas le permitieron escribir excelentes páginas en su libro “The Patient as Person”.

Entre los moralistas católicos de los primeros años de la Bioética fueron muy numerosos y activos los que disientían de la doctrina de *Humanae vitae* (por ejemplo, Böckle, Curran, Donceel, Fuchs, Häring, Janssens o McCormick). Obtuvieron penosamente mucha más notoriedad pública que los que se mostraron fieles al Magisterio de Pablo VI (como es el caso de Ford, Grisez, Kelly, May, Moracewsky, y otros).

Debido a la confrontación de unos y otros, los escritos de los moralistas adquirieron un fuerte carácter polémico, de refutación dialéctica de los argumentos de una y otra parte. De ese enfrentamiento se derivaron algunos daños colaterales graves. Se dio, de una parte, un estancamiento en la información biológica: pasaron los años y los contendientes siguieron rebatiendo sus argumentos y datos científicos, cuyo valor nunca había sido elevado, y que además se iba depreciando a medida que pasaba el tiempo. Por otro, enzarzados en los puntos específicos de sus debates, abandonaron en gran medida el recurso a la Sagrada Escritura y la Tradición. No carece de fundamento el reproche dirigido a muchos teólogo-biólogos católicos de que sus trabajos tratan de apoyarse en la racionalidad filosófica, pero, por no hacer referencia apenas a la historia de la salvación, no contribuyen a reforzar en sus lectores la fe o la piedad, tan necesarias para el recto conocimiento.

Tema 2. Estatuto epistemológico de la bioética.

Las principales corrientes actuales de bioética, con especial mención del “principlismo” norteamericano y el personalismo fundamentado ontológicamente.

1. Introducción

Transcurrido ya medio siglo desde que se empezó a hablar de Bioética, su verdadera condición como disciplina intelectual sigue en tela de juicio. Se continúa debatiendo sobre su naturaleza, su extensión, límites y contenidos, su metodología, y, sobre todo, de la ética sustantiva que tendría que informarla. La conclusión que puede obtenerse al pasar revista al panorama de la Bioética en el mundo es que no hay una, sino muchas bioéticas. El tiempo postmoderno parece lamentablemente incapaz de buscar y reconocer una autoridad moral que dirima las disputas sobre lo bueno y lo humano; un tiempo marcado por el pluralismo ético, incapaz de encontrar el fundamento moral común de ley natural en los derechos humanos, arraigados en la dignidad de la persona

La fragmentación de la Bioética es reflejo de la notable variedad de sistemas que los filósofos han imaginado, en la modernidad, para fundamentar, explicar y justificar el comportamiento moral. Suelen simplificarse las cosas diciendo que las teorías metaéticas pueden reducirse a dos tipos generales, que tienen también vigencia en Bioética: la teoría consecuencialista y la teoría deontologista, que contienen cada una pluralidad de variedades.

Para los que proponen teorías consecuencialistas (también llamadas teleologistas), lo decisivo para evaluar el actuar moral son los efectos de las acciones y sólo ellos. No le importan mucho al consecuencialista ni la acción en sí misma, ni la intención del agente, ni las circunstancias. Le interesa comparar la tasa acumulada de beneficios, utilidad o placer producida por los actos humanos, con la correspondiente tasa de daños, perjuicios o sufrimiento. El consecuencialista no presta mucha atención a la calidad moral de los medios que son necesarios para alcanzar las consecuencias buscadas, pues pretende que, en cierto modo, el fin justifica los medios. Esta teoría se aplica con frecuencia para estudiar situaciones en las que el bien de unos individuos (sus derechos, aspiraciones e intereses) entran en colisión con los de otros: el consecuencialista opta entonces por la alternativa que produzca mayor cantidad de beneficios.

Para los deontologistas, frente al utilitarismo o consecuencialismo, la moralidad de las acciones no depende exclusivamente de su eficacia para producir los mejores bienes posibles, lo que justificaría una acción si produce mejores resultados que la acción alternativa. El deontologismo afirma que hay deberes intrínsecos a las acciones mismas, al margen de los resultados que produzcan. Entre las tendencias éticas deontologistas destaca la ética kantiana, que acentúa con rigor los elementos formales y abstractos, y el intuicionismo de W.D. Ross, que presta más atención a los contenidos ficticios de la acción.

La ética clásica y tomista tiene afinidad con estas teorías, pero vincula el deber -los mandatos dictados por la propia conciencia- a los contenidos de la ley natural, de la ley divina positiva y de las leyes humanas justas, así como también a las responsabilidades que derivan de los compromisos sociales y profesionales (deberes de estado, deberes profesionales). De ahí deriva la importancia decisiva de una conciencia rectamente formada: seguir la propia conciencia no autoriza a guiarse por un subjetivismo que apela en exclusiva a la buena intención. Es buena conciencia la que busca discernir el auténtico bien moral del hombre, tutelado por los mandamientos del Decálogo.

Interesa mucho tener una visión general de las teorías o corrientes de pensamiento ético que juegan un papel más o menos significativo en la Bioética actual. Son muchas, pero aquí sólo

~~se prestará atención a las más visibles. La más conocida de todas es el llamado Principismo norteamericano. Las otras, han aparecido como alternativas o complementos a él. Todas manifiestan el pluralismo reinante en Bioética.~~

2. El principismo norteamericano

El nombre de Principismo deriva de la doctrina propuesta en el manual titulado "*Principles of Biomedical Ethics*", obra de T.L. Beauchamp, filósofo utilitarista, y J. F. Childress, teólogo protestante de tendencia deontologista. Curiosamente, el libro nació con la intención de poner orden y unidad en la naciente pero ya confusa Bioética, mediante la integración de elementos deontologistas y teleologistas, contenidos en los principios de respeto por la autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia. Quería ser la guía en que médicos y enfermeras pudieran adquirir unos mínimos conocimientos de teoría ética y las necesarias destrezas para debatir y resolver conflictos éticos.

El modo como se originaron los *Principles* ha sido contado varias veces y de diferente manera. En 1979, apareció la 1ª edición de los *Principles*. Y ese mismo año, se publicó el Informe de Belmont, de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta. El Informe enumera tres Principios (Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia).

Hay, es obvio, una notable semejanza entre el Informe de Belmont y los *Principles*, lo que no es extraño, pues los autores del libro participaron en las tareas de la Comisión Nacional y en la preparación del Informe. Los principios en éste fueron tres: en el mismo Informe se reconoce que "puede haber otros igual de relevantes", y que ya los habían identificado. Pero la insistencia de algunos Comisarios en que el Informe fuera breve impuso que, al final, el número de los principios se redujera a tres y a sólo tres.

Beauchamp y Childress sostienen que su idea de los cuatro principios era anterior e independiente de sus contribuciones al Informe de Belmont. No se limitaron, como algunos han sospechado, a cambiar la designación del primero – de "principio de respeto por las personas" a "principio de respeto de la autonomía" – y a añadir el principio de no-maleficencia. Sostienen que la visión moral de los *Principles* y Belmont son sustancialmente diferentes y que ninguno de los dos textos se ha edificado sobre los cimientos del otro.

Origen y difusión de los Principios. El libro tuvo en éxito grande y extensas e intensas repercusiones. Se publicó en el momento oportuno: la Bioética estaba en su infancia y había entonces una necesidad urgente de personal titulado en Bioética que pudiera enseñar la disciplina en las escuelas de medicina y enfermería, y formar parte de los comités de ética de hospitales e instituciones de investigación. Los *Principles* fue el manual que usaron y recomendaron los alumnos que seguían los cursos intensivos de Bioética del Instituto Kennedy de Ética en la Universidad de Georgetown, unos 200 graduados anuales y que hicieron la primera gran difusión del Principismo. El propio Beauchamp ha señalado que en los años 70 y 80 del pasado siglo, los *Principles* "proporcionaron a personas que provenían de campos diferentes un conjunto de estándares morales fácil de comprender"; que "fueron el ancla de aquella bioética juvenil [...] y crearon la sensación de que la bioética se asentaba sobre algo firme y más sólido que los prejuicios disciplinarios o los juicios subjetivos".

El libro es, sin duda, el más citado en Bioética, omnipresente en las listas de referencias bibliográficas. Los Principios han sido adoptados por infinidad de libros de ética médica y de enfermería. Se han convertido en la línea directora de los debates de los comités de ética de los hospitales, y han proporcionado el esqueleto lógico a muchas sentencias judiciales. Pellegrino ha afirmado que "la tradición de los cuatro principios está tan ampliamente aceptada que algunos de sus críticos la han marcado con la etiqueta de *mantra*, para dar a entender que a menudo se aplican automáticamente y sin una fundamentación intelectual y moral sólida."

— **¿Qué son y qué dicen los Principios?** Beauchamp y Childress comienzan su libro fijando cuatro niveles jerárquicos, ascendentes, de deliberación y justificación moral: los juicios particulares y las acciones deben ser justificadas por las reglas morales, éstas reciben su justificación de los principios, y éstos, finalmente, tienen su apoyo en las teorías éticas. Los principios son, pues, criterios de nivel medio, entre las normas o reglas que califican moralmente los diferentes tipos de acciones y las teorías éticas, como el utilitarismo o el deontologismo.

El *principio de respeto por la autonomía* establece que los individuos se autogobiernan, esto es, gozan de la libertad de elección y de acción, sin interferencias que puedan limitar la libre toma de decisiones. En Bioética, esa capacidad de autodeterminación se concreta en el derecho a recibir la información necesaria tanto para deliberar sobre las intervenciones biomédicas que se le proponen, como para consentir a ellas o rechazarlas. La decisión final sobre lo que haya de hacerse queda al albedrío de la persona autónoma. En caso de incapacidad para entender o decidir, los allegados legalmente titulados asumen la responsabilidad de administrar la autonomía del incapaz. La raíz cultural del principio de autonomía asienta en la filosofía de Kant y Stuart Mill.

El *principio de no-maleficencia* impone la obligación de no infligir daño a otros, lo que implica también el deber de prevenir que el daño se produzca, lo mismo que impedir que, en caso de haberse producido, pueda seguir actuando. Proviene este principio de la ética hipocrática (“Nunca usaré de mis conocimientos para hacer daño o injusticia”) y del rechazo de la medicina heroica (“Primum non nocere”). Este principio tiene particular aplicación en el cálculo de riesgos y beneficios de la experimentación clínica, y en las decisiones de la medicina intensiva.

El *principio de beneficencia* obliga a contribuir al bien del paciente, a seguir las alternativas que mejoren la calidad de su vida, a asumir la actitud de actuar en los mejores intereses de los otros. Este principio no está claramente definido: su frontera con el de no-maleficencia es borrosa; se distinguen dentro de él, por otra parte, actos supererogatorios que por sí no obligan (el Buen Samaritano), y actos moralmente obligados de ayudar a otros (obligación de socorro). Este principio ha sido muy criticado por quienes piensan que es el respaldo ético del paternalismo médico y origen de muchas agresiones a la autonomía de los pacientes.

El *principio de justicia* impone el deber de imparcialidad en la asignación de derechos y cargas, a proceder limpiamente en la distribución de los recursos sanitarios, y a evitar las discriminaciones sociales: dar a cada uno lo que le es debido. Este principio bioético tiene que ver casi en exclusiva con la justicia distributiva, y plantea, por eso, tensiones similares a las que se dan en ella acerca de los criterios de distribución equitativa (a todos igual, a cada uno según su necesidad individual, a cada uno según su esfuerzo o sus méritos) y de justicia intergeneracional.

3. Las críticas al Principismo

Aparte de muchas objeciones de orden filosófico relacionadas con la cuestionable validez de cualquier sistema que no atiende seriamente a su fundamentación teórica y se limita a hacer recomendaciones para la resolución de casos y conflictos, Beauchamp y Childress se han defendido señalando que ellos solamente deseaban hacer normas de moral común pública y proponer criterios institucionales.

Pero, sobre todo, el Principismo ha recibido serias críticas a sus características intrínsecas. Dicho brevemente: se le ha reprochado que ofrece unas herramientas bien diseñadas en sí cada una de ellas, pero que no constituyen un sistema coordinado y congruente. Una aplicación de los principios, correcta en apariencia, puede conducir a conclusiones discrepantes y contradictorias, según qué herramienta se usa prioritariamente y la fuerza con que se emplea. Les falta especificación, equilibrio, criterios de complementariedad: no hay jerarquía entre ellos. Ninguno posee áreas propias específicas, ni más peso, fuerza o resistencia que los otros. En las dos últimas ediciones de los Principios, los autores han añadido un capítulo final sobre Método y

~~Justificación moral, que trata de poner remedio a la falta de especificación, coherencia y unidad de los Principios, pero los problemas persisten.~~

Diego Gracia, en sus Fundamentos de Bioética, ha tratado de hacer una versión europea del Principismo, modificando y enriqueciendo el modelo norteamericano y, sobre todo, estableciendo una jerarquía rígida entre los Principios. Da valor prioritario a los principios de no-maleficencia y justicia, y les subordina los de autonomía y beneficencia.

4. Algunas corrientes de pensamiento en la bioética actual

Confirmada ya, desde hace años, la insatisfacción de muchos bioéticos por el Principismo, es lógico que algunos de ellos quieran ofrecer sistemas de pensamiento que pudieran ocupar el vacío que va dejando el Principismo.

No es tarea sencilla dar con un sustituto, y eso por dos razones básicas. La primera es que el Principismo se resiste a morir y, en caso de que así sucediera, su agonía sería muy prolongada. Se ha de tener en cuenta que la amplia difusión del Principismo por los cinco continentes no ha sido simultánea. Aún hoy, en 2010, cuando algunos ambientes o países están ya casi de vuelta del Principismo, otros empiezan a importarlo y a aplicarlo como una gran innovación, mientras que otros más siguen sirviéndose de él en la enseñanza y en la práctica biomédica, jurídica, e incluso legislativa. La segunda nos dice que siguen siendo muchos los entusiastas del Principismo -- médicos y enfermeras, juristas, capellanes o legos -- que no querrán que la doctrina de los cuatro principios muera: aprendieron a manejarlos, obtuvieron la condición de expertos, y pudieron así participar de inmediato en la gestión bioética.

Por otra parte, Beauchamp y Childress se han esforzado, en las ediciones más recientes de sus "Principles" (la 6ª apareció en 2009), en demostrar que el sistema de los Principios no sólo es capaz de resistir las críticas que se le dirigen, sino que posee una plasticidad casi ilimitada, que le permite no sólo coexistir codo con codo con cualquier teoría rival que pretenda hacerse con el liderazgo de la Bioética, sino, incluso, asimilarla.

Ante la debilidad ya real del Principismo como sistema dominante en Bioética, son varios los candidatos que, en los últimos años, se han postulado para jugar un papel significativo en la llamada era post-principista. Es curioso que ninguna de esas nuevas corrientes pretenda prevalecer sobre todas las demás. Todas parecen contentarse con ser o bien un complemento que se añade al sistema principista para reparar las carencias de éste, o bien una voz más en la futura ética polifónica de consenso que se espera alcanzar mediante el diálogo, la mediación y la facilitación.

Que ninguno de esos modelos pretenda dominar sobre los otros es revelador del carácter, o de la falta de carácter, de la Bioética actual: la debilidad de las convicciones de muchos bioéticos, su escepticismo, la falta de esperanza en recuperar las raíces de una ética médica fuerte y comprometida por efecto de la permisividad ambiental que afecta a gran número de médicos y enfermeras, o el cansancio moral por las polémicas interminables. Todos estos rasgos inducen a algunos a sospechar que la "edad de oro" de la Bioética ha terminado definitivamente.

Entre las nuevas corrientes que buscan al menos reanimar la Bioética en estos comienzos del siglo XXI, se pueden considerar como más importantes la ética de la virtud, la ética comunitarista, la nueva casuística, la ética feminista del cuidar, la ética narrativa, y la ética personalista fundamentada ontológicamente. En estas notas, sólo cabe hacer de esas corrientes éticas una descripción muy somera y general, aunque la última será tratada con algún detalle.

5. Bioética de la virtud

Para la ética basada en la virtud, un elemento principal y básico de la ética es el sujeto humano, al que, lamentablemente, la Bioética ha dado muy poco relieve. Él es el agente moral, en el que confluyen teorías y principios, normas y juicios de moralidad. De modo paralelo, el profesional de la salud es el protagonista necesario de la ética biomédica. Con esto se quiere decir que el perfil moral, el carácter y la virtud del médico o la enfermera importan mucho, tanto en lo que mira a su propio modo de proceder, como en sus relaciones con los pacientes, los colegas y la sociedad.

La teoría de la virtud era el armazón que vertebraba la ética de la tradición hipocrático-cristiana. Heredada de los grandes filósofos paganos (Platón, Aristóteles y los estoicos), fue cristianizada por los Santos Padres, y alcanzó su cumbre con Santo Tomás de Aquino. Muchos pensadores del Iluminismo y del XIX (Locke, Kant, Bentham, Stuart Mill) abandonaron la ética de la virtud, la dejaron en la penumbra o la atendieron parcialmente, y la cambiaron por una ética de derechos e intereses. Posteriormente, la ética de la virtud hubo de sufrir los ataques de toda una literatura de desprecio.

Y, sin embargo, en tiempos recientes se ha producido un despertar de la filosofía de la virtud (Anscombe, MacIntyre) y, en concreto, de la ética médica basada en la virtud (Pellegrino). Incluso, en las más recientes ediciones de sus Principios, Beauchamp y Childress han dado a las virtudes biomédicas (al carácter, los ideales y la excelencia) un papel preeminente, que contrasta con su modo de tratar la virtud en ediciones anteriores.

La ética basada en la virtud no puede ser una teoría excluyente. Pellegrino, el más destacado promotor de la ética médica basada en la virtud, ha estudiado los vínculos que se dan entre virtudes, principios y deberes, con el propósito de diseñar un sistema que supere y compense las limitaciones de las distintas corrientes bioéticas. Concluyó que no puede construir una ética biomédica sobre el modelo de la persona buena, del médico plenamente fiable, que desea hacer el bien en cualquier circunstancia. Eso es excelente, pero no basta, pues lleva a un argumento circular que define lo bueno y justo como lo que hace el hombre virtuoso, y define a la persona virtuosa como la que hace lo que es bueno y justo. Una teoría basada en la virtud necesita anclarse en una teoría más fundamental sobre lo bueno y lo justo, como la que nos proporciona la ley natural o una teoría robusta de la naturaleza humana.

Sin ese anclaje, cualquier otra teoría resulta incompleta. Pero no se puede construir una teoría sólida de la vida moral si no se presta la debida consideración al agente moral, a su integridad. El sujeto moral es el protagonista que pondera, interpreta, motiva y da prioridad a las acciones y deberes, a las intenciones y a los sentimientos.

Para comprender el alcance de la ética de la virtud médica basta pasar revista a las virtudes más específicas de los médicos, que les permiten enfrentarse con entereza a las rutinas diarias y a las situaciones de riesgo: humildad, compasión, lealtad, fidelidad a la confianza, benevolencia, honradez intelectual y respeto crítico a la ciencia, valentía, veracidad, integridad, junto con las imprescindibles virtudes cardinales (frónesis, justicia, fortaleza y templanza).

Es justamente la ética de virtudes la que confiere al médico y a la enfermera la capacidad de cumplir con constancia sus deberes cotidianos. Les predispone, además, a cumplir deberes no codificados, a realizar acciones que ni las leyes, reglamentos o códigos pueden exigir, e incluso a llevar a cabo generosamente actos supererogatorios. Los deberes de oficio obligan dentro de ciertos límites, más allá de los cuales ya no están vigentes. La ética de la virtud, sin embargo, puede ensanchar esos límites y llevarlos al terreno de lo heroico.

6. Bioética comunitarista

Muchos bioéticos han reaccionado con un fuerte rechazo al énfasis excesivo que el Principismo pone en la autonomía individualista y la importancia subordinada que concede a las exigencias que, más allá de la justicia distributiva, reclama el formar parte de una comunidad humana de vínculos fuertes. Temen también algunos bioéticos el abuso de la moderna tecnología médica y la necesidad de someterla a control para que no absorba una parte masiva de los recursos disponibles.

El comunitarismo hace más hincapié en el bien común y en el interés público que en la autonomía y los derechos individualistas. Es patente que muchos problemas bioéticos no pueden reducirse a cuestiones que los individuos puedan decidir “por libre”, en especial, si tienen implicaciones microsociales o colectivas (reproducción asistida, genética, salud pública). En fin de cuentas, el hombre es un animal social y su naturaleza quedaría distorsionada si se le considerara como un mero átomo social que coexiste con otros.

La ética comunitarista destaca el papel que la comunidad social debe desempeñar en la programación de la asistencia sanitaria. Defiende el papel de la “bioética del pueblo” no sólo en las decisiones sobre qué recursos públicos han de asignarse a gastos de salud, sino a qué sectores de la población y a que específicas indicaciones médicas han de aplicarse prioritariamente esos recursos.

En su afán de anteponer la comunidad al individuo, algunos comunitaristas han llegado a propuestas exageradas, casi demagógicas: a la requisita del cuerpo de los “recién-muertos” a fin de favorecer el trasplante de órganos; a limitar los servicios médicos a los ancianos a los cuidados de la medicina paliativa, excluyendo los de la medicina curativa, de modo que puedan liberarse recursos para otras aplicaciones prioritarias de la comunidad; lo mismo que en programar rígidas prioridades para el uso de esos recursos. Entre los conceptos más propios de la ética comunitarista se cuenta el reconocimiento de la naturaleza prevalentemente social del hombre, la expansión de la esfera pública y la reducción de la privada, el bienestar del conjunto (no sólo la salud y la ecología, sino también las tradiciones, las instituciones, los valores y la cultura) tal como puede implantarlo la comunidad mediante una decisión democrática que lleve a limitar o a sacrificar derechos individuales no básicos.

Es indudable que la ética comunitarista contiene elementos de gran valor, que tratan de corregir los excesos del individualismo mediante la sustitución de los principios individualistas por principios comunitaristas. Pero es igual de indudable el riesgo que el comunitarismo exagerado lleva en sí mismo la amenaza de sustituir una tiranía por otra, peligro bien visible en algunas versiones radicales de la ética ecológica y de la ética global.

7. La nueva casuística

Algunos bioéticos han considerado que el mejor camino para comprender y decidir los conflictos bioéticos (casos y problemas) no está en aplicar las teorías normativas clásicas (deontologismo o consecuencialismo) o el principismo, sino en utilizar los modelos de reflexión que desarrolló la casuística en el medievo tardío y en la edad moderna, especialmente durante la Contrarreforma, y que también se aplicaron en el sistema judicial anglosajón de casos y precedentes.

Según este planteamiento, el hábito de la reflexión ética se adquiere mediante el estudio profundo de ciertos casos paradigmáticos, en los que prácticamente todo el mundo llega a un acuerdo acerca del carácter moral de las acciones que ilustran. Esa reflexión ética ha de aplicarse después a casos más problemáticos y dudosos, explorando las semejanzas y diferencias que presentan con los casos típicos. Se huye así del uso abstracto o absolutista de los principios generales y las

reglas abstractas, mientras se promueve la aplicación del razonamiento analógico, más sensible que el meramente deductivo, a las circunstancias y matices de la vida moral.

En la resurrección de la casuística ha jugado un papel decisivo la rebelión contra la tiranía del principlismo, junto con la rehabilitación del estudio de los casos, no sólo como instrumento educativo, sino como método de discurso ético. Jonsen y Toulmin, los promotores principales de la nueva casuística, proponen que en el futuro de la Bioética es necesario equilibrar el exceso de *episteme*, de intelección científica, con una fuerte dosis de *frónesis*, de sabiduría práctica. Para crecer en ésta, se precisa abandonar la “geometría moral” de los principios abstractos, universales e invariables, para adquirir la habilidad de comprender y enjuiciar la multitud de situaciones particulares y concretas que, en sí mismas, se resisten a convertirse en ecuaciones científicas. Recuerdan Jonsen y Toulmin que Aristóteles declaró que la Ética no es, ni puede ser, una ciencia: es un campo de experiencia que exige conocer detalles para evaluarlos mediante la sabiduría práctica.

Es evidente que la Nueva casuística puede ser muy atractiva en Ética clínica, pues los médicos están habituados a centrar su atención en casos concretos y particulares. No puede, sin embargo, llegar a ser un modelo bioético excluyente. Ha de permanecer como una llamada de atención tanto sobre el valor de lo particular y concreto de las situaciones éticas, como sobre la utilidad metodológica del razonamiento analógico.

8. Bioética feminista

El feminismo tiene una presencia fuerte en Bioética. Está dividido en muchas fracciones, que se sitúan entre el feminismo radical, en un extremo, y la ética femenina del cuidar, en el otro.

El feminismo radical arranca de los movimientos que reivindicaron años atrás el acceso de la mujer a la salud, y en especial a la llamada salud reproductiva (contracepción, aborto), con los derechos ligados a la ideología de la igualdad de género y del libre ejercicio de la sexualidad. Las feministas radicales han hecho una crítica muy dura del tradicional dominio de los varones en el campo de la medicina y de la política sanitaria, que llevó a la medicalización y comercialización de la fisiología de la mujer. Han revisado igualmente el carácter dominante y destructor de la explotación del entorno natural: de esa crítica ha salido la teoría ecofeminista, que destaca los paralelismos que existen entre las grandes opresiones de género, raza, clase social y ambiente natural (sexismo, racismo, clasismo, destrucciónismo).

Dentro del feminismo se han dado movimientos moderados, que postulan el modo especial en que la mujer percibe, elabora y resuelve las cuestiones éticas y la necesidad de que esa voz propia y diferente de la mujer sea escuchada en Bioética; que proponen el acceso de la mujer al liderazgo de la medicina femenina, en especial en el campo de la investigación; y planifican la estrategia que la mujer ha de jugar específicamente en la extensión de la promoción de los marginados.

Por su parte, la bioética femenina llama la atención sobre lo singular e imprescindible de la contribución de la mujer en la atención sanitaria. Rehúye de la visión atomística de las relaciones humanas fundadas en derechos individualistas, que reduce esas interacciones a asuntos contractuales y a relaciones abstractas. Considera que las relaciones humanas han de poseer en alguna medida el calor de la amistad y el parentesco, y estar abiertas a los vínculos emocionales y afectivos que se incluyen en lo que se ha llamado “ética del cuidar”. Esta ética femenina no quiere ser rival de las éticas de derechos y principios propuestas por las otras corrientes, sino que reconoce la necesidad de incluir en todas ellas unas dimensiones sociales específicamente femeninas: la capacidad de atención (descubrir y reconocer las necesidades de los otros), el sentido de responsabilidad (asumir las necesidades y deseos justos de los otros), la competencia (habilidad para hacer frente apropiadamente a las necesidades de los otros) y, finalmente, la capacidad de cooperación (de aceptar los cuidados prestados por otros).

~~Para la ética femenina no parece suficiente, por ejemplo, en casos de diagnóstico prenatal confirmado de síndrome de Down, ofrecer a la gestante la terminación del embarazo: es preciso completar los requisitos clásicos de información y consentimiento, con un análisis de las razones que inducen a muchas mujeres a evitar el nacimiento de niños con esa alteración que se asocia, de ordinario, a un retraso mental ligero o moderado y a una apariencia física peculiar, pero que son compatibles con una vida larga y feliz. Debería darse prioridad, no a la prevención del síndrome de Down, sino a las medidas conducentes a evitar las complicaciones obstétricas asociadas a la opresión de la mujer (como, por ejemplo, neonatos de bajo peso, efectos de la violencia sobre la gestante, exposición laboral a tóxicos).~~

La bioética femenina del cuidar no consiste solo en intuiciones y buenos deseos: implica siempre buen juicio, respuestas coordinadas en la resolución de conflictos, planes de actuación ante realidades cotidianas.

9. Bioética narrativa

La ética narrativa ha surgido también como una reacción frente al modo abstracto y esquemático como el principlismo ha venido presentando los problemas y casos bioéticos. La ética narrativa trata de desterrar la objetividad descarnada con que habitualmente se escriben los datos que componen el relato clínico, y de acabar con el silencio en que se envuelven las resonancias subjetivas que, tanto en médicos como en pacientes, despiertan las situaciones éticamente problemáticas. El método narrativo pretende transfundir vida en la reflexión bioética: esta reflexión ha de hacerse por personas de carne y hueso, y sobre problemas que padecen personas que son también de carne y hueso. El debate bioético necesita humanidad, detalles humanos; ha de tener luces y sombras, contexto, trama y desenlace: es con frecuencia un drama que no se puede desenvolver en el vacío emocional o biográfico.

Las narrativas no tratan sólo de despertar sensibilidad y de activar respuestas emocionales. Ayudan también a escuchar y a ver con una exactitud y penetración superior el mundo interior del paciente y de los que han de cuidar de él. Se ha dicho que son como un fonendoscopio hermenéutico, capaz de revelar detalles que, de ordinario, se dejan quedar en lo oculto. Las narrativas ayudan a adquirir hábitos clínicos que favorecen la responsabilidad, pues dan riqueza humana al paciente. Incluso en el seno de los comités de ética dan voz y autoridad moral a los que las usan como parte de su formación ética, pues llevan al debate bioético un mensaje de autenticidad y sano realismo.

Se ha aplicado a las narrativas bioéticas toda la compleja metodología del análisis de textos para identificar sus componentes, clasificarlos. Ese análisis tiende a hacer muy complicado y largo el estudio de una narrativa, lo que está justificado con fines de investigación, pero no en la práctica clínica. La consideración ordinaria de las narrativas como medio de educación no exige tanto, pero puede contribuir a mejorar el nivel humano de las interacciones entre médicos y pacientes y el modo de enfrentarse a los conflictos de la ética clínica.

Obviamente, la ética narrativa no es una ética sustantiva capaz de sostenerse por sí misma. Podrá jugar, sin embargo, un importante papel instrumental y complementario en el futuro de la ética clínica.

10. Bioética personalista fundamentada ontológicamente

Esta corriente viene a ser la proyección bioética de la filosofía personalista. Esta filosofía, que acepta múltiples variantes, se ha ido constituyendo con las aportaciones de muchos pensadores (entre ellos, Emmanuel Lévinas, Gabriel Marcel, Jacques Maritain, Paul Ricoeur, Edith Stein, Karol Wojtyła,) a la antropología filosófica, que coinciden en hacer de la persona humana el centro de referencia de todas las otras dimensiones. En la visión personalista, el hombre, "porque es «persona»,

tiene una historia propia de su vida y sobre todo una historia propia de su alma, [...] escribe esta historia suya personal por medio de numerosos lazos, contactos, situaciones, estructuras sociales que lo unen a otros hombres. Y esto lo hace desde el primer momento de su existencia sobre la tierra, desde el momento de su concepción y desde su nacimiento” (Juan Pablo II, *Redemptor hominis*, 14). Esto crea una distinción radical de dignidad ontológica entre el hombre, los otros animales y las cosas. Eleva a valores de categoría singular, incomparable, no sólo el ser y el obrar del hombre, su entendimiento y voluntad, su conciencia y corazón, su albedrío y afectividad, sino también, como varón y mujer, su corporeidad y su sexualidad.

Lógicamente, a esta antropología corresponde una bioética, que, como derivada de aquella, tiene una base ontológica, y que contrasta con las bioéticas reduccionistas por el reconocimiento pleno a todos los seres humanos de la condición de personas. Algunas de esas bioéticas sostienen que la expresión “ser humano” es un término biológico con el que se designan los miembros de la especie humana, mientras que la idea de persona humana es, aunque equívoca filosófica y legalmente, más restringida que la de ser humano; mantienen que no todas las personas son seres humanos (conceden tal condición a los grandes monos, por ejemplo), al tiempo que no todos los seres humanos son personas, ya que esa designación queda reservada para quienes poseen autoconciencia, racionalidad, un mínimo sentido moral y un proyecto de vida.

Para el personalismo ético, la persona es criterio ético objetivo porque es fundamento, medida, y término de la acción moral. Esto significa que una acción es ética sólo si respeta la entera dignidad y los valores que están inscritos en la naturaleza de la persona humana. Son moralmente buenas las acciones que proceden de una elección consciente cuando respetan a la persona y la perfeccionan en su ser y su crecimiento. Por ello, la bioética del personalismo ontológico se opone a muchas conclusiones de las bioéticas de base subjetivista y utilitarista.

En réplica al principlismo de Beauchamp y Childress, Elio Sgreccia, el principal promotor de la bioética personalista, ha sintetizado en cuatro principios rivales los Principios de Bioética Personalista que orientan acerca de los contenidos básicos de esta corriente. Estos principios, apoyados en el concepto ontológico de la corporeidad entendida como encarnación coesencial de la persona, son estos:

1. El principio de defensa de la vida física, que la acoge, respeta y protege, desde la concepción hasta la muerte, como valor fundamental e imprescindible de la persona.
2. El principio de totalidad o principio terapéutico, que asigna a las intervenciones biomédicas la finalidad de restituir la salud y restaurar la corporeidad en el respeto a la dignidad humana.
3. El principio de libertad y responsabilidad, que impone la exigencia irrenunciable en el ámbito de la medicina de obtener el consentimiento del paciente como del personal sanitario, como reconocimiento de la libertad y responsabilidad inherentes a la dignidad personal.
4. El principio de socialidad y subsidiariedad, que revela las consecuencias e implicaciones de las decisiones institucionales y de política sanitaria en el plano social y de la justa asignación de los recursos.

La bioética personalista enriquece el patrimonio general de la ética biomédica. Al enlazar firmemente la actitud básica del respeto a la vida humana con la universalización del concepto de persona a todos los seres humanos desde la concepción hasta la muerte natural, no sólo pone aparte en una posición de superior dignidad al hombre con respecto a los animales y a las cosas, sino que da respaldo moral a la vocación del médico, a sus trabajos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, y paliativos.

Además aporta un contingente de razones y argumentos que puede activar positivamente el debate bioético. No cabe duda que tropezará con mucha incomprensión y rechazo. También es cierto que necesita desarrollar mucha investigación para interpretar en clave personalista muchas áreas y problemas biomédicos. A medida que vayan cediendo los prejuicios, esta corriente irá ganando reconocimiento y engrosando su caudal epistemológico.

Al presentar Sgreccia su versión de la bioética personalista ha querido usar palabras y razones exclusivamente filosóficas, y excluir cualquier referencia a la Sagrada Escritura y al Magisterio. Lo hizo, no porque su contenido no sea congruente con la tradición católica, sino para evitar que muchos bioéticos pudieran, por prejuicios ideológicos, marginarla e ignorar los grandes valores humanos que contiene.

En el debate post-principialista, la bioética personalista es el más serio interlocutor.

Tema 3. El valor de la vida humana en la Sagrada Escritura.

Fundamentación y contenido del principio de sacralidad de la vida a la luz de los textos sobre la creación del hombre.

Situación de la vida humana tras el pecado de origen: indicaciones normativas de la Antigua Ley (“no matarás”).

El valor de la vida humana en el Nuevo Testamento.

Las páginas que siguen tratan básicamente de resumir las secciones que Juan Pablo II dedicó en su Encíclica *Evangelium vitae* (EV) a recopilar y comentar los textos bíblicos que tratan del valor y la dignidad de la vida del hombre. Él recomendaba con su palabra y su ejemplo, que, siempre que fuera posible, comenzáramos nuestras reflexiones y enseñanzas sobre cuestiones bioéticas con alguna pertinente referencia a la Escritura. En EV pone en práctica esa recomendación con mucha inteligencia reflexiva y amor entusiasta: no podríamos hallar mejor maestro ni mejor libro para el presente tema.

1. Introducción: La noción de santidad o sacralidad de la vida humana según en los documentos del Magisterio

Las sociedades de todos los tiempos han reconocido que el hombre ocupa en el mundo un lugar único, preeminente y que, en consecuencia, la vida del hombre tiene un valor especial. Se suele decir que el hombre está adornado de una dignidad singular, y que la vida humana es santa. De ahí que podamos hablar de sacralidad o santidad de la vida humana.

En el lenguaje común, se dice que es santo o sagrado lo que, por su singular relevancia humana o por su especial relación con Dios, posee una dignidad peculiar y es merecedor de gran respeto y veneración.

En la tradición bíblica está presente desde el primer momento la idea de que la vida del hombre, por ser hechura de Dios y objeto de su especial predilección, es un bien sagrado e inviolable. Es esta una idea que no sólo posee un extraordinario valor histórico y cultural, sino que es también un principio bioético básico: no se puede edificar una bioética sólida y verdaderamente humana si no se reconoce que la vida del hombre es intangible y santa.

El *Catecismo de la Iglesia Católica (CIC)* explica la sacralidad de la vida cuando afirma que “la vida humana es sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término [...]” (2258). El *CIC* toma esas palabras de la Introducción de la Instrucción *Donum vitae [DV]*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe (22 de febrero de 1987), donde aparecen precedidas de unas consideraciones que enriquecen todavía más la noción de santidad de vida: “La vida de todo ser humano ha de ser respetada de modo absoluto desde el momento mismo de la concepción, porque el hombre es la única criatura en la tierra que Dios ha “querido por sí misma”, y el alma espiritual de cada hombre es “inmediatamente creada” por Dios; todo su ser lleva grabada la imagen del Creador.”

Vemos ahí descritos los elementos que, según el Magisterio, constituyen la sacralidad de la vida humana: ser criatura de Dios, que es Señor y también Padre amoroso; llevar grabada en su propio ser la imagen del Creador.

El *CIC* y la *Instrucción DV* consolidan la enseñanza constante de la Iglesia sobre la sacralidad de la vida humana. Baste recordar lo dicho por los últimos Papas. Pío XI, en 1930, asignaba valor moral idéntico a la vida de todos: poniendo el ejemplo de la gestante y el feto, afirmaba que “*la vida de ambos es igualmente sagrada*” {Pío XI, Encíclica *Casti connubii* 23}. Pío XII aludió al carácter sacro del cuerpo humano, al sagrado derecho del no nacido a la vida; e insistió muchas veces en que Dios es el dueño de la vida, mientras que el hombre es administrador de ella. En 1961, Juan XXIII en su encíclica *Mater et Magistra (MeM)* enseñaba que “por todos ha de considerarse la *vida del hombre como sagrada*, ya que desde su mismo origen exige la acción creadora de Dios” {Juan XXIII, *MeM*, 194}. Pablo VI, en el *Credo del Pueblo de Dios*, 8 confesaba su fe en Dios Creador del alma espiritual e inmortal en cada hombre. En los pontificados de Juan Pablo II y Benedicto XVI se multiplican las referencias a la condición sagrada de la vida humana.

A partir de los años 1970, se hace frecuente el uso de las expresiones *sacralidad de vida* o *santidad de vida*. Y no sólo en la bioética religiosa; también en la de inspiración laica. En el debate bioético, el concepto de santidad de vida estuvo presente en las discusiones sobre dignidad humana, procreación, aborto, eutanasia, o experimentación biomédica. La idea de santidad de vida ha sido rechazada, junto con la noción de dignidad humana, por los bioéticos secularistas, que la han motejado de vaga, imprecisa e incluso estúpida; y también por los bioéticos relativistas que, en todo caso, la reconocen válida sólo dentro de comunidades morales limitadas. La bioética secularista ha preferido adherirse a una ideología, más o menos radical, de la calidad de vida.

2. Fundamentación y contenido del principio de sacralidad de la vida a la luz de los textos sobre la creación del hombre.

La noción de “santidad de la vida humana” tiene su origen en la Escritura y de ella, en especial de los relatos sobre la creación del hombre, deriva su sustancia. Desde un punto de vista ético-teológico, se pueden distinguir en los textos del Génesis dos sentidos de la idea de la sacralidad de la vida humana.

El primero hace hincapié en el poder creador de Dios, que, en cuanto Autor de la vida humana, es Señor y Dueño del hombre. La vida es sagrada porque viene de Dios y porque el hombre ha sido hecho para mantener con Dios una permanente y personal relación. La santidad de la vida reside en esa dependencia que la criatura humana tiene de Dios, pues Él no sólo da la vida, sino que también la avala y la rodea de dignidad. En este sentido, la santidad de vida es un préstamo a fondo perdido que Dios hace al hombre, para que lo administre conforme a ciertas reglas. La vida no es una propiedad humana originaria, sino un encargo que Dios hace a cada hombre conforme a un designio que la implica y le da sentido. A este aspecto de la sacralidad de la vida humana se refería Pablo VI en la encíclica *Humanae vitae (HV)*, cuando enseñaba que la vida

~~ha de ser transmitida en conformidad con el plan que Dios le ha trazado: Dios, Señor de la vida, ha establecido que cada nueva vida humana ha de ser generada en un acto de amor conyugal de los esposos y en conformidad con las normas inscritas en el ser mismo del hombre y de la mujer (HV 12). Ellos son administradores del plan establecido por el Creador, no árbitros de las fuentes de la vida humana (HV 13).~~

El segundo sentido bíblico de la sacralidad de la vida humana se refiere a la dignidad intrínseca que es inherente a la vida de todos los seres humanos en virtud haber sido creados a imagen y semejanza de Dios. La sacralidad es parte del propio ser, gracias a la impronta divina, la *Imago Dei*, que cada uno recibe, y posee, desde su momento originario. No es, como el anterior, algo extrínseco y prestado, que es configurado desde fuera por la presencia divina. Es, por el contrario, algo propio, aunque gratuitamente recibido: una marca indeleble e intrínseca, que reside permanentemente en cada vida humana como sello, no como mero reflejo, de la imagen y semejanza de Dios. Dice EV 39: “La vida del hombre proviene de Dios, es su don, su imagen e impronta, participación de su soplo vital [...] la sacralidad de la vida tiene su fundamento en Dios y en su acción creadora: ‘Porque a imagen de Dios hizo El al hombre’ (Gn 9,6) “.

Juan Pablo II desarrolló este segundo aspecto de modo especial en EV 34: “Al hombre se le ha dado *una altísima dignidad*, que tiene sus raíces en el vínculo íntimo que lo une a su Creador: en el hombre se refleja la realidad misma de Dios. [...] En el relato bíblico, la distinción entre el hombre y las demás criaturas se manifiesta sobre todo en el hecho de que sólo su creación se presenta como fruto de una especial decisión por parte de Dios, de una deliberación que establece un *vínculo particular y específico con el Creador*: ‘Hagamos al ser humano a nuestra imagen, como semejanza nuestra’ (Gn 1, 26). *La vida que Dios ofrece al hombre es un don con el que Dios comparte algo de sí mismo con la criatura.* [...] La vida que Dios da al hombre es mucho más que un existir en el tiempo. Es tensión hacia una plenitud de vida, es *germen de una existencia que supera los mismos límites del tiempo*: ‘Porque Dios creó al hombre para la incorruptibilidad, le hizo imagen de su misma naturaleza’ (Sb 2, 23)”.

Los dos sentidos son complementarios, se refuerzan mutuamente. En EV 53 se puede leer esta síntesis: “Dios se proclama Señor absoluto de la vida del hombre, creado a su imagen y semejanza (cfr. Gn 1, 26-28)”

3. El valor de la vida humana según los textos sobre la creación del hombre.

En EV 34, Juan Pablo II se pregunta *¿Por qué la vida es un bien?* Y nos ofrece la respuesta que la Biblia nos da en sus primeras páginas. Nos dice que la vida que Dios da al hombre es original y diferente de la de las demás criaturas, pues aunque el hombre proviene del polvo de la tierra (“Entonces el Señor Dios formó al hombre del polvo de la tierra”, (Gn 2,7); “... hasta que vuelvas a la tierra, pues de ella fuiste sacado, porque eres polvo y al polvo volverás” (Gn 3,19)), Dios lo creó aparte, como fruto de una decisión deliberada y especial, que confiere al hombre un lugar singular entre todas las criaturas y establece una relación única y específica entre el hombre y su Creador: “Hagamos al ser humano a nuestra imagen, según nuestra semejanza “, Gn 1, 26.

La vida que el hombre recibe de Dios es de inmenso valor, pues viene a ser, muy por encima de la de los otros seres creados, una manifestación de Dios en el mundo y signo de su presencia; es, en fin de cuentas y en palabras de Juan Pablo II, “un don con el que Dios comparte algo de sí mismo con la criatura [...] Al hombre se le ha dado *una altísima dignidad*, que tiene sus raíces en el vínculo íntimo que lo une a su Creador: en el hombre se refleja la realidad misma de Dios” (EV 34).

El valor de la vida humana queda resaltado en el hecho de que Dios regala el mundo al hombre para que pueda sustentarla: todas las plantas, los árboles, las fieras, las aves, todo ser vivo (Gn

~~1, 29-30); y también en el mandato por el que Dios ordena al hombre que gobierne el mundo, en el poder que le concede de someter la tierra y dominar sobre las otras criaturas “Llenad la tierra y sometedla; dominad sobre todos los peces del mar, las aves del cielo y todos los animales “ (Gn 1, 28).~~

Así se reafirma la primacía del hombre sobre las cosas, las cuales son destinadas a él y confiadas a su responsabilidad. Por ningún motivo el hombre puede ser sometido a sus semejantes o reducido al rango de cosa.

Así como en *EV 34* se considera la tradición sacerdotal de *Gn 1*, en *EV 35* se refiere Juan Pablo II al paralelo relato yahvista de la creación del hombre. Dios infunde *un soplo divino en el hombre* para que tenga vida: “El Señor Dios formó al hombre con polvo del suelo, sopló en sus narices un aliento de vida, y resultó el hombre un ser viviente” (*Gn 2, 7*). Vemos de nuevo que la vida del hombre, su alma, es un regalo por el que el Creador comparte algo de sí mismo con la criatura humana.

En el relato yahvista, la vida humana recibe una nueva bendición de Dios en su dualidad sexual. “Creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y mujer los creó. Y los bendijo Dios” (*Gn 1, 27-28*). “Serán una sola carne” (*Gen 2, 24*). Queda así demostrado que la transmisión de la vida humana es una participación del poder creador de Dios: Dios está presente en su origen, llama a la existencia a cada nuevo ser humano; cada nueva criatura humana, independiente de las circunstancias de su procreación, es amada de Dios por sí misma; para cada una crea un alma espiritual, cada una lleva en todo su ser la imagen del Creador (*cfr. DV, Introd. 2.5*).

La transmisión de la vida humana acrecienta su valor sagrado por la especial presencia del Creador en el origen de cada nuevo hombre. Reducir la procreación humana a mera biología es una injuria grave a Dios.

4. Situación de la vida humana tras el pecado de origen: indicaciones normativas de la Antigua Ley (“no matarás”).

Al crear al hombre a su imagen, Dios le destinó a una vida plena y perfecta. Cuando nace el primer hijo a la primera madre, ella exclamó “He traído un hombre al mundo con la ayuda del Señor” (*Gn 2, 1*). Reconoce así el dominio de Dios sobre la vida humana: a ésta se le reconoce ya un carácter sagrado.

Pero, por su pecado de desobediencia, el hombre, engañado por su soberbia y la envidia del diablo (*Gn 3, 4-5*), perdió la gracia. Y sin embargo, fue después de la caída, cuando Adán llamó a su mujer Eva, que, en hebreo, significa vida, porque ella habría de ser la madre de todos los vivientes (*Gn 3:20*). Aunque con el pecado, entró la muerte en el mundo (*cfr. Gn 3*), la vida conserva su carácter sagrado.

Es cierto que la muerte entra de un modo violento. Con el crimen de Caín sobre su hermano Abel se inicia una trágica historia que desde entonces se repite cada día, sin tregua, con degradante reiteración, en la historia de los pueblos. Una historia triste, deprimente, de injusticia y crueldad, de oprobios y deshonor, que ofende el honor de Dios y es ignominia del hombre (*cfr. Const. Past. Gaudium et spes, 27*). Pero Dios sigue siendo su protector.

El mandato divino de no destruir la vida humana se reitera una y otra vez en el Antiguo Testamento. En su Alianza con Noé y sus hijos, después del diluvio, Dios se declara protector de todo ser humano: “Pediré cuenta de vuestra sangre y de vuestras vidas... Si uno derrama la sangre de un hombre, otro hombre derramará la suya: porque a imagen de Dios fue hecho el hombre” (*Gn 9, 5-6*).

~~El mandamiento “No matarás” aparece formando parte del Decálogo, de la Alianza del Sinaí que Dios anuda con el pueblo elegido, que se reitera una y otra vez en los libros del Antiguo Testamento: “No matarás” (Ex 20, 13), “No matarás al inocente y al justo, porque no absolveré al culpable” (Ex 23, 7)., “No matarás al inocente en esta tierra” (Jer 22, 3) El mandamiento “No matarás” tiene toda la fuerza absoluta de un precepto negativo. Señala un límite que nunca podrá ser traspasado: nunca una vida humana inocente podrá ser deliberadamente destruida.~~

Ni la caída original ni la violencia mortal del hermano para el hermano disminuyen el amor de Dios por el hombre, ni derogan el mandato divino de respetar y venerar la vida de todo hombre. La sangre de Abel clama justicia delante de Dios y Dios castiga a Caín a ser un vagabundo errante en una tierra inhóspita. Pero, a pesar de su crimen y su condena, Dios siguió protegiendo la vida de Caín: “le puso una señal para que nadie que le encontrase le atacara” (Gn 4, 15). “Ni siquiera el homicida pierde su dignidad personal y Dios mismo se hace su garante”, dice Juan Pablo II en *EV 9*.

Así, pues, el designio amoroso y paternal de Dios hacia toda criatura humana no cambia ante la terrible historia de los crímenes del hombre contra la vida de sus semejantes; ni tampoco disminuye su título de Señor único y exclusivo de todas y cada una de las vidas. Toda vida está en las manos de Dios: “Él tiene en su mano el alma de todo ser viviente y el soplo de toda carne de hombre” (Job 12, 10). “Yo doy la muerte y doy la vida” (Dt 32, 39). Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término.

Son muy numerosas las páginas del Antiguo Testamento que nos hablan del amor de Dios por la vida en formación en el seno materno. Recoge algunas de ellas Juan Pablo II, en *K*, cuando trata de la dignidad del niño aún no nacido y de la sabiduría y ternura con que Dios dirige el maravilloso proceso de crecimiento de cada ser humano: “Apenas inferior a los ángeles le hiciste, la has coronado de gloria y esplendor” (Sal 8, 6). Dicen unos versos del *Salmo 139*: “Tú has formado mis entrañas, me has tejido en el vientre de mi madre. Te doy gracias porque me has hecho como un prodigio: tus obras son maravillosas, bien lo sabe mi alma. Mientras mis huesos se iban formando, cuidadosamente articulados, mientras yo crecía en el secreto, tú sabías que yo estaba allí. Todavía informe, me veías antes de que yo naciera. Todo estaba escrito en tu libro, mis días estaban todos contados.” (Sal 139, 13-16).

Es imprescindible leer esas páginas de *EV 45*, lo mismo que las que a continuación (*EV 46*) tratan de confirmar la confianza con que el hombre, en el trance del sufrimiento, la enfermedad y la muerte, ha de apoyarse filialmente en Dios. Dios no abandona nunca al hombre, no deprecia ninguna vida humana por precaria que pueda ser, siempre le ofrece la esperanza de la vida eterna.

La vida de cada hombre es un bien inestimable, un regalo sin precio. Destruirla es una ofensa a Dios y a la humanidad. De ahí nace la singular intensidad moral del precepto “No matarás”. Como resume el *CIC (2261)*, “El homicidio voluntario de un inocente es gravemente contrario a la dignidad del ser humano, a la regla de oro, y a la santidad del Creador. La ley que lo proscribire posee validez universal: obliga a todos y a cada uno, siempre y en todas partes”.

5. El valor de la vida humana en el Nuevo Testamento.

El Nuevo Testamento es una celebración del valor de la vida, es *el Evangelio de la vida*. Juan Pablo II inicia su encíclica *EV* recordando la alegría de cada navidad, el nacimiento de un niño que es proclamado como buena nueva. Afirma que el gozo mesiánico está, en cierto modo, en el trasfondo de la alegría por cada niño que nace. Y añade que el núcleo central de la misión de Jesús es éste: “Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia” (*Jn 10, 10*).

En el Nuevo Testamento, el mensaje veterotestamentario del valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término no sólo queda consolidado, sino que es engrandecido, por el

hecho radical de la Encarnación del Verbo. Cristo, perfecto Dios y perfecto hombre, dignifica a la humanidad entera: al hacerse hombre en Cristo, Dios encarnado, la dignidad humana es elevada a una altura insuperable.

Así lo expresa *Gaudium et spes* 22: “El que es imagen de Dios invisible (*Col 1, 15*) es también el hombre perfecto, que ha devuelto a la descendencia de Adán la semejanza divina, deformada por el primer pecado. En él, la naturaleza humana asumida, no absorbida, ha sido elevada también en nosotros a dignidad sin igual. El Hijo de Dios con su encarnación se ha unido, en cierto modo, con todo hombre. Trabajó con manos de hombre, pensó con inteligencia de hombre, obró con voluntad de hombre, amó con corazón de hombre. Nacido de la Virgen María, se hizo verdaderamente uno de los nuestros, semejante en todo a nosotros, excepto en el pecado”. La Encarnación de Cristo “revela a la humanidad no sólo el amor infinito de Dios que ‘tanto amó al mundo que dio a su Hijo único’ (*Jn 3, 16*), sino también el *valor incomparable de cada persona humana*” (*EV 2*).

La nueva condición de la vida humana, redimida en Cristo, impone a los que creen en Él la obligación gozosa de anunciar, celebrar y servir el Evangelio de la vida, de hacerse eco de las palabras del Nuevo Testamento que revelan el amor de Dios por el hombre y su vida.

En el sermón del monte, Jesús completó el mandamiento antiguo “No matarás y el que matare será reo de juicio”, con el mandato nuevo de respetar y amar a todos: “Pero Yo os digo que todo el que se aire contra su hermano será llevado a juicio” (*Mt 5, 21-22*). Y al recordarle al joven rico los mandamientos que ha de guardar, pone en primer lugar el “no matarás” (*Mt 19, 18*). La enseñanza de Jesús en el Nuevo Testamento nos induce no sólo a respetar y proteger toda vida humana, sino a practicar la misericordia con los demás, a rechazar la venganza.

El Nuevo Testamento nos desvela de modo especial el valor de la vida humana antes del nacimiento. Juan el Bautista – así lo anuncia el ángel del Señor a Zacarías -- “estará lleno del Espíritu Santo ya desde el vientre de su madre” (*Lc 1, 15*). Y Juan salta de gozo en el vientre de Isabel ante la presencia de la Madre del Señor (*Lc, 1, 43*), que lleva en su seno a Jesús en los primeros días o semanas de su desarrollo en cuanto hombre. El propio San Pablo justifica su conversión en el hecho de Dios “me eligió desde el vientre de mi madre y me llamó por su gracia (*Gal 1, 15*).

Que la vida humana vale mucho a los ojos de Dios es idea reiterada en el Nuevo Testamento. Vale mucho más que las cosas materiales y que la vida animal. Pregunta Jesús: “¿Acaso la vida no vale más que el alimento...? [...] ¿Es que no valéis vosotros mucho más que ellas [las aves del cielo]? (*Mt 6, 25-26*); “Vosotros valéis más que muchos pajarillos” (*Mt 10, 31*). Jesús apreció por igual la vida de los niños que la de los ancianos, curó a todos, sin distinción: a judíos y gentiles, a pobres y pudientes, a leprosos, paralíticos, malformados. Para Él, todas las vidas eran igualmente preciosas.

En *EV 54*, se contiene un resumen de la doctrina del Nuevo Testamento sobre el valor de la vida humana. La maduración moral del pueblo de la Antigua Alianza prepara la transición del negativo y absoluto mandamiento “No matarás” al Mandamiento Nuevo de amar al prójimo, con sus consecuencias positivas absoluto respeto por la vida y de progreso en el camino del amor que se da, acoge y sirve. Así pudo Jesús establecer que el segundo de los dos mandamientos de los que dependen la Ley y los Profetas -- el de amar al prójimo -- estaba casi a la altura del primero -- el de amar a Dios con todo el corazón, con toda el alma y con todas las fuerzas (cfr. *Mt 22, 36-40*). El mandato de respetar la vida, dice Juan Pablo II, “asumido y llevado a plenitud en la Nueva Ley, es condición irrenunciable para poder ‘entrar en la vida’ (cfr. *Mt 19, 16-19*). En esta misma perspectiva, son apremiantes también las palabras del apóstol Juan: ‘Todo el que aborrece a su hermano es un asesino; y sabéis que ningún asesino tiene vida eterna permanente en él’ (*1 Jn 3, 15*)”.

~~Claramente, el Nuevo Testamento tiene un mensaje inequívoco sobre la santidad de la vida humana, que implica reconocimiento intelectual y aceptación amorosa. Lo resumía San Josemaría en estas breves frases. "Las vidas humanas, que son santas, porque vienen de Dios, no pueden ser tratadas como simples cosas, como números de una estadística. Al considerar la realidad profunda de la vida, se escapan del corazón sus afectos más nobles. (S. Josemaría. *Discurso, Acto Académico, Universidad de Navarra, 9 de mayo de 1974*).~~

Tema 4. El valor y dignidad de la vida humana: fundamentación teológica y filosófica

1. Introducción

En la teología y antropología cristianas, la noción de hombre es la de un ser sobresaliente en el mundo de lo creado. Dios lo creó a su imagen y semejanza. Es la única criatura que Dios ha querido por sí misma y que ha llamado a la bienaventuranza eterna. Su cuerpo animal, pero humano, y el alma espiritual que lo anima, le hacen persona.

Justamente, de ser persona le viene al hombre su dignidad propia, singular, exclusiva. El concepto de persona es un concepto cristiano. Nos dice que cada ser humano -- querido, creado y amado por Dios -- es un ser especial, capaz de mantener con Dios una relación de tú a Tú, libre y responsable, y así responder a la llamada que Él le hace a compartir su vida divina, en el conocimiento y el amor. El ser humano no es una cosa, un algo, sino persona, un alguien, capaz de conocerse, de edificarse a sí mismo, de crecer desde el interior, de darse libremente y de entrar en comunión con Dios y con las otras personas (Cfr. Catecismo de la Iglesia católica, 1700 y ss.; y Compendio, n. 66).

La dignidad de la persona humana se ha de predicar por igual de su cuerpo y de su alma, lo cual confiere a la vida biológica del hombre un rango ético de especial importancia. La naturaleza biológica de todo hombre es éticamente inviolable e intangible, en el sentido de que es constitutiva de la identidad personal del individuo durante todo el curso de su biografía, de la concepción a la muerte. Hay que recalcar una vez y otra la idea de que cada persona humana, en su singularidad, consiste no sólo de espíritu, sino también de su cuerpo. El cuerpo no es algo poseído por la persona, es parte esencial de ella, es cuerpo personal. Sólo en el cuerpo y a través de él, se accede a la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre supone, en consecuencia, salvaguardar la identidad corporal y espiritual del hombre, respetarle en cuerpo y alma.

De esta visión antropológica se han de deducir los criterios fundamentales para las decisiones en las que está implicada la bioética. Uno de esos criterios, y ciertamente fundamental, es el que mantiene que el cuerpo del hombre, siendo un cuerpo animal, ocupa un lugar propio en el mundo natural, queda intrínsecamente dignificado por estar animado por el alma espiritual. Su vida fisiológica participa de la misma dignidad de la persona.

En fin de cuentas, la defensa del hombre, *corpore et anima unus* (Gaudium et spes, 14), implica defender tanto lo que en él es elevado y privativo, como lo que en él aparece como inferior y compartido con los otros animales. Por eso, interesa comprender que la vida humana es vida en carne animal.

2. Vida humana y vida animal.

El cuerpo del hombre despliega, en su estructura y funciones, virtualidades fisiológicas comunes con los otros animales: su desarrollo embrionario, sus células y tejidos, sus órganos, aparatos

~~y sistemas, las funciones que manifiesta y los procesos patológicos que lo alteran, guardan estrechísima semejanza con los de las otras especies zoológicas. El cuerpo del hombre está en el peldaño más alto de la escala biológica, de la que forma parte. Pero está esencialmente unido al espíritu –inteligencia, voluntad y afectos – al que no sólo sirve de soporte, sino que lo configura y lo expresa.~~

La vida del hombre es diferente y superior a la de los animales. El hombre forma, por decirlo así, un reino aparte, el reino hominal. Entre el hombre y los animales, incluidos los simios superiores, existe una frontera que no es sólo la común barrera biológica que separa a unas especies de otras, sino una divisoria especial, a la vez psicológica, moral y ontológica.

Este punto es hoy particularmente relevante, porque la frontera que separa al hombre del animal, la más importante de todas cuantas existen en el mundo natural, está siendo objeto de ataques violentos que tratan de borrarla y así desposeer al hombre de su especial categoría. Mantener la integridad de esa frontera es una tarea urgente, que compete a la antropología filosófica, la sociología y la ética.

Los ataques contra la divisoria hombre-animal vienen de varias direcciones.

De una parte, de la visión emocionalista del amor a los animales, tan visible en la presente cultura del animal de compañía. Esa visión está arrastrando a muchos a preferir -- esto es, a amar más -- al animal, o a ciertos animales, que al hombre. Eso conlleva el peligro de trastocar el orden de la caridad, al colocar las relaciones interhumanas en un plano de inferioridad -- o, en el mejor de los casos, de igualdad -- con respecto a las relaciones con la mascota. Y también a aplicar al hombre las mismas categorías morales que son propias del trato con las "mascotas", como, por ejemplo, la pretensión de no privar al hombre del piadoso fin eutanásico que se da a los animales enfermos. Entre los amantes y protectores de los animales se cuentan muchos activistas de la muerte dulce.

De otra parte, del activismo a favor de la liberación animal y de los derechos de los animales. Estos movimientos han introducido en el derecho, la sociología y la ética precedentes que derriban parcialmente la frontera hombre-animal. En su versión más lúcida y filosófica, estos movimientos no responden sólo a la preocupación ética por el respeto debido a los animales y por su bienestar, sino que incluyen también en mayor o menor grado una ideología materialista de desprecio por la vocación trascendente del hombre: éste queda disminuido a la condición inmanente de mero animal. Cuando se comparan ciertos seres humanos deficientes con ciertos animales (perros, cerdos, aves), estos últimos son declarados superiores en autoconciencia y afectividad por los animalistas. Los atentados contra laboratorios de investigación o industrias de explotación animal perpetrados por los liberadores de los animales son muestra de la violencia que pueden desencadenar contra la variante de racismo que ellos llaman especiecismo antropocéntrico.

También algunos genetistas y biólogos evolucionistas participan en la demolición del muro hombre-animal, al resaltar la gran extensión (más del 96%) en que coinciden el genoma humano con el del chimpancé, y la pequeñez (menos del 4%) de la fracción diferente, la cual, afirman, no codifica genes. Esos datos, que admiten interpretaciones serias y ponderadas, han sido manipulados por la ideología materialista tan común entre esos investigadores. Uno de ellos declaró que Darwin se quedó corto al proponer que descendemos del mono: "Somos -- dijo -- monos en todo, desde nuestros largos brazos y nuestros cuerpos sin cola, hasta nuestras costumbres y nuestro temperamento". Este triunfalismo evolucionista ahoga cualquier intento de plantear la investigación desde la perspectiva holista de la biología de sistemas.

Finalmente, los ataques más insidiosos y demoledores, que tratan de abatir la frontera hombre-animal vienen del reduccionismo cientifista. Para muchos investigadores biomédicos, la vida humana y la animal son coincidentes, no se diferencian cualitativamente en el laboratorio. El reduccionismo, exigido por la metodología de la investigación analítica (reducir el problema a sus términos más simples, dejando de lado todo lo demás), se convierte en un hábito intelectual

dominante: la vida consiste en mecanismos ensamblados en otros mecanismos, mediados por moléculas y explicables en términos físico-químicos. El reduccionismo metodológico, tan eficaz para identificar moléculas y analizar mecanismos, no puede darnos una explicación de la vida, y menos todavía de la vida humana, pues la vida no puede explicarse en términos de lo que no está vivo: con moléculas y mecanismos no se puede edificar una biología completa, sino sólo una tanatología. Tal actitud reduccionista, que borra distancias y diferencias entre el hombre y el animal, ha infectado ya a buen número bioéticos: lo prueba, por ejemplo, la defensa que muchos hacen del uso de embriones humanos en experimentos destructivos, los cuales, en razón de su inferior costo económico y de su supuesta carencia de valor ético, resultan más asequibles como material de investigación que los embriones de los simios superiores.

Se ha de dar mucha importancia a la normativa bioética de la experimentación animal, lo mismo que al trato compasivo, humanitario, de los animales. La tradición bíblica, que asentó firmemente la supremacía del hombre en el mundo de lo creado y puso a los animales a su servicio, introdujo también la idea del hombre como tutor y cuidador del mundo natural. Es cierto que en el pasado se dieron abusos ampliamente consentidos. Pero la teología moral ha considerado la crueldad con los animales, también criaturas de Dios, como un signo de embrutecimiento del hombre y una injusticia. Dice el Catecismo de la Iglesia Católica (2418) que “es contrario a la dignidad humana hacer sufrir inútilmente a los animales y sacrificar sin necesidad sus vidas”. Y añade que “es también indigno invertir en ellos sumas que deberían remediar más bien la miseria de los hombres. Se puede amar a los animales; pero no se puede desviar hacia ellos el afecto debido únicamente a los seres humanos”. El progreso cultural ha llevado, en época reciente, a la protección progresiva de la vida animal y a la explotación humanizada de su cría y sacrificio. Esa protección ha conducido a la exigente regulación ética y legal de la experimentación animal.

“Los *animales* son criaturas de Dios, que los rodea de su solicitud providencial (cf MT 6, 16). Por su simple existencia, lo bendicen y le dan gloria (cf Dn 3, 57-58). También los hombres les deben aprecio” (Catecismo, 2416). No podemos olvidar que la palabra Bioética nació justamente con esa intención. Como ya se dijo, fue usada por primera en 1927 por Fritz Jahr, para definir las relaciones éticas del hombre con los seres vivos, que se concretaba en un imperativo bioético, utópico y piadoso, inspirado en el categórico kantiano: “Respetar todo ser vivo como un fin en sí mismo, y trátalo así en la medida de lo posible”.

La vida de animales y plantas debe ser respetada. Una manifestación primaria de ese respeto es no homologarla a la vida humana. El hombre es, por su misma condición corporal, un animal que reúne en sí los elementos del mundo material y los eleva a la cima de la creación. El cuerpo animal del hombre es un cuerpo humano, tocado de dignidad, porque el alma humana, hechura de Dios, lo destina a resucitar en el último día.

3. El respeto de la vida como exigencia mínima y universal de la dignidad humana

El respeto es una actitud ética fundamental que en cierto modo empapa toda la bioética, pues informa las relaciones del hombre con los otros hombres y con los demás seres vivos. Consiste básicamente en miramiento y consideración, en aceptación, aprecio e incluso veneración. El respeto ético excluye la violencia y las agresiones contra la vida, y también el mero descuido o el desprecio de ella. Rechaza igualmente la tentación de mantenerla de modo irracional y encarnizado. Se comprende, por eso, que el respeto a la vida exige en bioética una sensibilidad específica para descubrirla y protegerla en las circunstancias, tan diferentes, en que la dignidad de muchas vidas humanas queda eclipsada por la enfermedad y la minusvalía. La misma sensibilidad hace falta para reconocer humildemente la finitud de la vida y aceptar que ya nada debe hacerse para prolongarla.

~~Respetar la vida, es decir, no acabarla ni disminuirla, es la primera y universal exigencia del respeto ético, pues, como es fácil de comprender, la vida es condición previa y necesaria de todos los otros valores y derechos del hombre.~~

En la tradición cristiana, el respeto de la vida adquiere un rango especial. “La vida humana es sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con Dios, su creador” (Catecismo, 2258). El respeto de la vida humana es, por tanto, una manifestación de amor a Dios, creador de la vida. Y es igualmente manifestación de amor al hombre, que ha de extenderse a todos: al sano y al enfermo, al anciano y al paciente terminal, al embrión, al niño o al adulto, pues a todos los ama Dios. El respeto ético suple lo que al hombre le pueda faltar a causa de la enfermedad, pues restituye la dignidad debilitada o en apariencia ausente.

En la tradición cristiana y humanitaria, los cuidadores de los enfermos no puede permitir que su servicio al paciente pueda verse interferido por consideraciones de credo, raza, condición social, sexo, edad o convicciones políticas de sus pacientes, ni tampoco por los sentimientos que los pacientes puedan inspirarle. A todos han de prestar una asistencia competente y humana. Y parte de esa asistencia es el cuidado y respeto de la vida: esa es la primera y fundamental obligación de los que atienden a otros en la enfermedad. En medicina, la prohibición de matar es radical, fundante. Sin ella, la medicina no hubiera podido existir. Mediante el Juramento hipocrático ha estado presente en la ética médica desde su mismo origen.

Por eso se puede afirmar que el respeto a la vida humana es exigencia mínima, pero absoluta, que figura en la regla de oro moral de las diferentes culturas. El “No matarás” es parte de la ley natural, patrimonio de la humanidad. Afirma con energía la Declaración *Iura et bona*: “Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable, sin cometer, por ello, un crimen de extrema gravedad.” Y añade la misma Declaración que el hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios y que por eso, el suicidio es tan inaceptable como el homicidio, que no sólo rechaza la soberanía de Dios y su designio amoroso, sino que es una dramática autonegación: del amor a sí mismo, de la natural aspiración a la vida, de justicia y caridad hacia el prójimo, las diversas comunidades y la sociedad entera.

4. El principio de inviolabilidad de la vida humana.

Valor absoluto de la norma que prohíbe la eliminación directa y voluntaria del inocente (*Evangelium vitae*, 57).

Ante la extensión y virulencia de la que él llamó la “cultura de la muerte”, Juan Pablo II consideró necesario formular del modo más inequívoco y solemne la enseñanza de la Iglesia sobre la inviolabilidad absoluta de la vida humana inocente, y la condición de pecado grave que, siempre y sin excepción, comete quien la destruye, en particular cuando esa vida está comenzando o a punto de terminar.

A introducir esta doctrina dedicó Juan Pablo II el punto 57 de la Encíclica *Evangelium vitae*. Ahí el Papa afirmaba que esa enseñanza había sido propuesta siempre por el Magisterio, pontificio y episcopal, de la Iglesia, como “una verdad moral explícitamente enseñada en la Sagrada Escritura, y mantenida constantemente en la Tradición de la Iglesia [...] unanimidad que es fruto evidente de aquel ‘sentido sobrenatural de la fe’ que, suscitado y sostenido por el Espíritu Santo, preserva de error al Pueblo de Dios cuando ‘muestra estar de acuerdo en cuestiones de fe y de moral’ (*Lumen gentium*, 12)”. Recordaba, de paso, que el Concilio Vaticano II había incluido los atentados contra la vida humana inocente entre las prácticas que “son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador” (*Gaudium et spes*, 27).

~~Con ese respaldo, sólido y unánime, el Papa proclamó, con solemnidad desusada en materia moral, la inviolabilidad de la vida humana inocente:~~

“Por tanto, con la autoridad conferida por Cristo a Pedro y a sus Sucesores, en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, *confirmando que la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral*. Esta doctrina, fundamentada en aquella ley no escrita que cada hombre, a la luz de la razón, encuentra en el propio corazón (cf *Rm 2, 14-15*), es corroborada por la Sagrada Escritura, transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal.”

El texto de la Encíclica hace aquí referencia al punto 25 de *Lumen gentium*, en el que el Concilio Vaticano II había tratado del oficio magisterial de los Obispos y del Romano Pontífice, donde se dice: “Los Obispos, cuando enseñan en comunión con el Romano Pontífice, deben ser respetados por todos como testigos de la verdad divina y católica; los fieles, por su parte, en materia de fe y costumbres, deben aceptar el juicio de su Obispo, dado en nombre de Cristo, y deben adherirse a él con religioso respeto. Este obsequio religioso de la voluntad y del entendimiento de modo particular ha de ser prestado al magisterio auténtico del Romano Pontífice aun cuando no hable *ex cathedra*; de tal manera que se reconozca con reverencia su magisterio supremo y con sinceridad se preste adhesión al parecer expresado por él, según su manifiesta mente y voluntad, que se colige principalmente ya sea por la índole de los documentos, ya sea por la frecuente proposición de la misma doctrina, ya sea por la forma de decirlo. [...] Esta infalibilidad que el divino Redentor quiso que tuviese su Iglesia cuando define la doctrina de fe y costumbres, se extiende tanto cuanto abarca el depósito de la Revelación, que debe ser custodiado santamente y expresado con fidelidad. El Romano Pontífice, Cabeza del Colegio episcopal, goza de esta misma infalibilidad en razón de su oficio cuando, como supremo pastor y doctor de todos los fieles, que confirma en la fe a sus hermanos (cf *Lc. 22,32*), proclama de una forma definitiva la doctrina de fe y costumbres”.

El Papa dedica unas líneas a explicitar esta doctrina: “La decisión deliberada de privar a un ser humano inocente de su vida – nos dice -- es siempre mala desde el punto de vista moral y nunca puede ser lícita ni como fin, ni como medio para un fin bueno. En efecto, es una desobediencia grave a la ley moral, más aún, a Dios mismo, su autor y garante; y contradice las virtudes fundamentales de la justicia y de la caridad.” Y, aduce entonces un texto luminoso y conciso de la Declaración sobre la eutanasia, de la Congregación para la Doctrina de la fe, que es luz para los debates ilumina “Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo” (*Iura et bona*, II).

Concluye el punto 57 de *Evangelium vitae* con una proclama, profética y llena de aliento, en favor del igual valor moral de todo ser humano inocente: “Cada ser humano inocente es absolutamente igual a todos los demás en el derecho a la vida. Esta igualdad es la base de toda auténtica relación social que, para ser verdadera, debe fundamentarse sobre la verdad y la justicia, reconociendo y tutelando a cada hombre y a cada mujer como persona y no como una cosa de la que se puede disponer. Ante la norma moral que prohíbe la eliminación directa de un ser humano inocente « *no hay privilegios ni excepciones para nadie*. No hay ninguna diferencia entre ser el dueño del mundo o el último de los miserables de la tierra: ante las exigencias morales somos todos absolutamente iguales ». (*Veritatis splendor*, 96).

La fuerza con que se expresa la doctrina es extraordinaria. Nunca se había empleado ese modo de decir en un documento magisterial, y menos todavía en materia moral. Y, sin embargo, la invocación de los títulos de autoridad vuelve a repetirse otras dos veces en la Encíclica (*Evangelium vitae*, 62, sobre el aborto; y 65, sobre la eutanasia), para que no quede un resquicio a la duda. Los teólogos tendrán que estudiar esa nueva forma de expresarse el Magisterio pontificio. Pero la Encíclica deja clara la enseñanza del Magisterio ordinario: la inviolabilidad absoluta de la

~~vida humana inocente, y que matar deliberadamente a un ser humano inocente es una acción intrínsecamente mala. Esta enseñanza, que no ha sido definida como un pronunciamiento *ex cathedra*, ha de ser recibida como parte del patrimonio de la fe.~~

5. Un adecuado concepto bioético de calidad de vida

La idea de calidad de vida, como ideal al que se aspira, ha acompañado a la humanidad desde su origen. Es obvio que, en el pasado, la salud y el bienestar de la gran mayoría de la gente dependían de las precarias condiciones socio-económicas de entonces y de las secuelas acumuladas que las enfermedades iban dejando en cada uno. La expectativa de vida era muy baja. Esas condiciones subsisten todavía hoy en muchos países en desarrollo, que siguen esperando a la implantación de medidas de salud fundamentales: agua potable, higiene doméstica, alimentación sana y suficiente.

En realidad, el concepto de calidad de vida se implanta, como realidad tangible, a partir de mediados del siglo XX, con el advenimiento de la sociedad del bienestar. Satisfechas, en los países desarrollados, las necesidades económicas primarias de supervivencia, se pudo proponer la calidad de vida como un derecho de los pacientes a beneficiarse de los grandes avances científicos y tecnológicos de la medicina. Las exigencias de los pacientes propulsaron la introducción de las políticas de calidad en la atención de salud.

En la noción bioética de calidad de vida confluyen dos corrientes en cierto modo antitéticas.

La primera de ellas deriva del mandato deontológico de raíz hipocrática que impone al médico el deber de procurar el mayor bien del paciente y de no causarle daño: tal deber de beneficencia casa muy bien con la dinámica mejorativa de la idea médica de calidad de vida,

La segunda, de inspiración hedonista y utilitarista, tiende a convertir la idea de calidad de vida en un valor dominante, incluso absoluto. La calidad de vida no es sólo algo a lo que se aspira para intensificar de diferentes modos el vivir placentero, sino una condición inexcusable de la vida del hombre. Ésta ha de poseer calidad, ha de superar necesariamente un nivel mínimo de calidad, congruente con la dignidad hedónica de la existencia humana. La radicalización de tal requisito de calidad lleva de modo ineluctable a concluir que ciertas vidas carentes de calidad son degradantes e indignas de ser vividas: sólo la vida de calidad es verdaderamente humana.

Del primer modo de entender la calidad de vida ha surgido, en la práctica médica, un amplio movimiento para mejorar los aspectos materiales, humanos y espirituales de la atención de los pacientes; y también para comparar objetivamente, mediante diferentes escalas de medición, los resultados de los distintos tratamientos (farmacológicos, quirúrgicos), y así poder dar preferencia a los que protegen o incrementan la calidad de vida. En consecuencia, la idea de calidad de vida de los pacientes se ha convertido en principio de valoración de la propia calidad de la medicina, que ha de preocuparse no sólo de prevenir y curar la enfermedad, sino también de hacer más llevaderas sus secuelas. Ese empeño por contribuir al bienestar del paciente y hacerle la vida más amable ha impulsado investigaciones que han redimido a muchos pacientes de limitaciones fastidiosas y a sus cuidadores de pesadas servidumbres.

En contraste, del segundo modo de entender la calidad de vida ha derivado, de una parte, hacia una cultura de consumismo médico, de medicina de lujo, que engloba muy diversas dimensiones: desde los procedimientos de incrementar el rendimiento físico o intelectual (doping), hasta el culto a la belleza corporal (obsesión dietética, culto del cuerpo, medicina cosmética, cirugía estética), a la gratificación vivencial (hedonismo psicofarmacológico, experiencias de alto riesgo), y, finalmente, al "inmortalismo".

De otra parte, como se señaló antes, la ideología radical de la calidad de vida lleva, a través del desprecio de las dimensiones profundas de la existencia, a considerar la deficiencia y el

~~sufrimiento que no responden a los tratamientos, como cargas insoportables, que privan de toda calidad humana a sus víctimas. La única solución es entonces la supresión mediante la eutanasia de las vidas carentes de calidad o sobrecargadas de dolor.~~

Como se deduce fácilmente, la idea de calidad de vida es válida y merecedora de gran aprecio si es congruente con una noción de la igual dignidad de todos los seres humanos como creaturas de Dios, y busca hacer amable, en la medida en que pueda alcanzarse en este valle de lágrimas, la existencia de cada uno. La dignidad intrínseca del hombre confiere a su vida una calidad sustantiva, que no depende de la mera biología, ni se mella por el sufrimiento o la deficiencia.

6. Los problemas éticos relacionados con la cooperación material a los atentados contra la vida humana.

La vida social se sustenta en la cooperación de unos con otros para conseguir fines buenos. Sin cooperación, la vida social sería imposible, porque no podrían alcanzarse muchos e importantes objetivos. En general, la cooperación debería tender a buscar fines buenos o moralmente indiferentes. Pero se da también la posibilidad de la cooperación al mal.

A la sombra de legislaciones permisivas, los atentados contra la vida y la integridad física de las personas se producen a diario no por obra de un individuo, sino por cooperación de varios en el seno de las instituciones sanitarias. Son acciones que en su preparación, realización y seguimiento exigen la colaboración de varios individuos, que tendrán que determinar la intensidad y medida de su participación. Se trata de decisiones que no pueden tomarse a la ligera, tanto para no sufrir perjuicios laborales, como para no ser cómplices en obrar el mal. Conviene, por tanto, conocer lo esencial de la moralidad de los diferentes tipos de cooperación.

En teología moral suelen distinguirse dos tipos básicos de cooperación al mal: la cooperación formal y cooperación material. La primera se da cuando uno participa con otro y de modo directo en una acción moralmente mala; y también cuando, aun sin participar físicamente en tal acción, ordena o autoriza que otro la ejecute; o cuando contribuye a ella con sus conocimientos, sus consejos o su aliento. En la cooperación formal, el colaborador es propiamente coautor de la acción moralmente mala. Por ello, la cooperación formal al mal nunca es lícita.

La cooperación material al mal se produce cuando el que coopera lo hace con una acción que es, en sí misma, buena o indiferente, y se opone, al menos en la intención, a la acción mala en que se ve implicado, pues no comparte la intención mala del agente principal. Podría ocurrir también que el colaborador no advirtiera la maldad moral de la acción con la que participa; o, aún advirtiendo esa maldad, considerara que puede moralmente contribuir a ella con acciones que en sí mismas son buenas y, en cierto modo, lejanas en la cadena causal.

Según las circunstancias, la cooperación material puede ser lícita o no, lo cual depende del modo en que el colaborador esté implicado en la acción mala. Si su contribución es necesaria, imprescindible, para que la mala acción principal pueda cumplirse, estamos entonces ante un caso de la llamada cooperación material inmediata. Ese tipo de complicidad conlleva un grave riesgo moral porque el agente queda absorbido en la mala acción que, sin su concurso, no podría efectuarse. La cooperación material inmediata es siempre ilícita si el acto del agente principal es intrínsecamente malo. Podría, sin embargo, justificarse en algunas circunstancias esa cooperación si existieran razones muy graves (rotura del matrimonio o pérdida de empleo, por ejemplo) que forzaran a colaborar, con la condición de que la acción a la que se coopera no sea intrínsecamente mala. Es preciso, sin embargo, considerar las circunstancias de cada caso para emitir un juicio moral fundado. (El tema ha sido tratado con algún detalle en los tratados de Mausbach/Ermecke, Ashley/O'Rourke, y McFadden).

Si la acción que contribuye el colaborador no es necesaria, pero ayuda de algún modo a realizarla, se considera como cooperación material mediata. Este tipo de cooperación sólo podría justificarse moralmente si se cumplieran dos condiciones: de una parte, que la acción sea moralmente buena en sí misma; y, de otra, que al colaborador le asistan razones graves, para hacerla (o le puedan sobrevenir serios inconvenientes si la omite). El juicio moral acerca de la cooperación mediata ha de ponderarse sinceramente, teniendo en cuenta que la colaboración al mal ha de evitarse en la medida de lo posible.

Un ejemplo puede ayudar a aclarar la diferencia entre estos tipos de cooperación. Si una persona que trabaja en una clínica de abortos, aprueba, aconseja y favorece su práctica, aunque no participe físicamente en la realización de las operaciones abortivas, está incurriendo en una cooperación formal al mal. Si una persona, que no aprueba el aborto, trabaja en un servicio donde se practican abortos, y lo hace para ganarse la vida y para mantener su puesto de trabajo, puede verse implicada en conflictos de cooperación material al aborto. Si participara activamente en una intervención, aunque dijera que lo hace por la necesidad de mantener su puesto de trabajo, estaría incurriendo en una cooperación material inmediata, y, por tanto, actuando ilícitamente. Si una persona ha de cuidar de limpieza de las instalaciones, esterilizar el instrumental, o prestar atención clínica en caso de complicaciones posteriores a la intervención, su cooperación, material y mediata, no sería censurable moralmente si existieran razones proporcionalmente graves para no dejar de prestar esa cooperación material.

A una persona de recta intención se le puede plantear la posibilidad de abandonar ese trabajo, para evitar tanto el escándalo de otros, como el propio sufrimiento moral o el acostumbramiento a presenciar el mal. Hay una alternativa al abandono del trabajo que es la práctica de la objeción de conciencia.

7. La objeción de conciencia sanitaria

Un problema de suma gravedad, que se presenta con frecuencia creciente en las instituciones sanitarias, es el de la cooperación a la práctica de intervenciones que chocan con las convicciones morales de médicos, enfermeras y personal clínico o administrativo. Es el caso de los atentados contra la vida humana (por ejemplo, el aborto, la eutanasia, la destrucción de embriones), que han sido despenalizados, o incluso convertidos en derechos, por ciertas leyes permisivas.

La autorización legal de esas acciones, no modifica su condición objetiva de actos gravemente inmorales, de crímenes perpetrados contra seres humanos inocentes. Recogiendo una tradición moral constante, Juan Pablo II recordaba que “desde los orígenes de la Iglesia, la predicación apostólica inculcó a los cristianos el deber de obedecer a las autoridades públicas legítimamente constituidas (cf *Rm* 13, 1-7, *1 P* 2, 13-14), pero al mismo tiempo enseñó firmemente que ‘hay que obedecer a Dios antes que a los hombres’ (*Hch* 5, 29).” (*Evangelium vitae*, 73) Por ello, las leyes humanas que autorizan esas acciones carecen de legitimidad; no son, en realidad, verdaderas leyes, pues no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que establecen *una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia*.

La objeción de conciencia es, al lado de la desobediencia civil o la insumisión evasiva, una de las formas de disidencia social mediante las que los ciudadanos pueden rechazar, por razones morales, personales o religiosas, lo ordenado por la autoridad o la ley. Lo característico de la objeción de conciencia, en contraste con las otras formas de disconformidad, es su carácter pacífico y ajeno a toda violencia; su fundamento moral o religioso, no político; y su intención testimonial de condena de ciertas aun a costa de sufrimientos y renunciaciones. El objetor no maltrata a las personas que solicitan la acción objetada: las trata con el máximo respeto y les explica sin altanería las razones morales de su objeción. Importa destacar estos rasgos específicos de la objeción de conciencia: el objetor no pretende con su acción, y de modo inmediato, subvertir o cambiar la situación legal: trata de eximirse pacíficamente de ciertas acciones, sin tratar de dar lecciones morales, obtener privilegios o buscarse problemas o castigos.

Una legislación justa sobre la objeción de conciencia sanitaria debería proteger ese derecho civil a la libertad ideológica, de modo que, de un lado, permitiera a los objetores gozar de esa libertad sin desvirtuarla con restricciones; y, de otro, fijara de modo justo y equitativo las prestaciones sustitutorias que los objetores han de cumplir en compensación de las intervenciones que rehusan. Por restricciones que desvirtúan el pleno ejercicio de la conducta objetora se han de entender las normas legales o profesionales que, por ejemplo, obligan al objetor a colaborar activamente en la transferencia de los casos a colegas no renuentes, las que restringen la carrera profesional o el acceso a puestos de trabajo a los objetores, o las que no reconocen al personal administrativo o auxiliar la posibilidad de objetar porque no participan materialmente en la ejecución del acto objetado.

Aunque en una sociedad éticamente avanzada, el respeto de las conciencias no debiera crear nunca resentimientos, los objetores sanitarios no suelen despertar siempre reacciones de tolerancia civil o de admiración ética, sino de antipatía por parte de ciertos administradores, colegas y usuarios. Esa antipatía se dirige casi exclusivamente a la objeción de conciencia fundada en el respeto de la vida humana y de la dignidad de las personas. En algunos contextos laicistas, la Se actitud objetora es calificada de escrupulosa, farisaico, obsoleta o insensible. No conviene olvidar que en el ejercicio de la objeción no sólo operan factores legales y organizativos, sino también sociológicos y de psicología moral.

La objeción de conciencia puede ser vista como un reproche moral fuerte para quien carece de convicciones éticas profundas, que podría sentirse ofendido ante lección de moralidad que es para él es la conducta objetora. La negativa del objetor no equivale entonces a un inconveniente o molestia, sino que sienta como una bofetada moral, que, según las personas, provoca reacciones que van de la muda rotura de relaciones, a la protesta airada, o a la denuncia indignada de quien se siente despojado de un derecho. Muchos administradores de centros de atención de salud tienden a considerar la objeción de conciencia como una fastidiosa excepción, un incidente que perturba el funcionamiento eficiente y rígidamente programado de la máquina sanitaria.

El rechazo legal y social de la objeción crece a medida que se implanta la ideología laicista que pretende que las leyes, la jurisprudencia, las normas de gobierno y los reglamentos institucionales han de ser expresión de la moralidad pluralista y consensuada del cuerpo social, una ética civil mínima, que habla en nombre de todos, que a todos han de cumplirla. Eso implica, en aras de la paz ética de la sociedad, someterse al mínimo ético común, para todos obligatorio e inobjetable. En ese contexto, la objeción no tiene cabida.

En el punto ya citado de *Evangelium vitae*, Juan Pablo II nos habla del valor testimonial de la objeción de conciencia, de su raíz teológica que es precisamente la obediencia a Dios, a quien se debe sumisión y reconocimiento de su soberanía absoluta. Él es el que da la fuerza y el valor para resistir a las leyes injustas de los hombres, la fuerza y el valor que dispone incluso a ir a prisión o a morir a espada.

En esta perspectiva, la objeción de conciencia se nos presenta como una gracia, un carisma, que da fuerza para testimoniar la verdad y para soportar las formas modernas de martirio administrativo en que se ha transformado la disposición de ir a prisión o a morir a espada del tiempo pasado. La conducta recta del objetor es sal que previene de corrupción a las profesiones de la salud. Es también una refutación viva del relativismo ético dominante y un alentador signo de esperanza.

5. Documentos principales del Magisterio de la Iglesia sobre bioética. Enseñanzas de Pío XII. Las declaraciones *De abortu procurato e lura et bona*. La

instrucción *Donum vitae*. El magisterio de Juan Pablo II, especialmente la encíclica *Evangelium vitae*.

1. Introducción

En su desvelo por ofrecer a sus fieles, y también a los hombres de buena voluntad, una guía moral informada por la doctrina de Cristo y una recta interpretación de la ley natural, la Iglesia, como Madre y Maestra, ha ofrecido por largos años su magisterio sobre la ética de la vida y de la medicina. Esas enseñanzas se anticiparon en el tiempo a las de todas las otras grandes instituciones creadoras criterios éticos. Antes de que nacieran la palabra y el concepto de Bioética, la reflexión y debate sobre los problemas ético-médicos eran cosa habitual entre los médicos y moralistas católicos. En realidad, lo que hoy se llama bioética tiene su origen remoto en las consideraciones filosóficas y teológicas que trataban de resolver ciertos problemas relacionados con la pastoral de los Sacramentos.

Por desgracia, los documentos magisteriales de temática bioética no son leídos y pensados con la frecuencia debida. Está extendido el prejuicio de que son documentos de texto rígido y austero. Muchos tienen de sus conclusiones doctrinales y disciplinares una visión casi judicial. Pocos son los que aprecian su riqueza doctrinal y su densa humanidad. Conviene, por eso, releerlos de vez en cuando. Este módulo se propone no tanto describir sus contenidos, como resaltar sus atractivos.

Prácticamente todos ellos pueden encontrarse en la página de Internet del Vaticano.

2. Enseñanzas de Pío XII

Aunque no faltan precedentes de importancia (por ejemplo, algunas respuestas de la Congregación del Santo Oficio, la encíclica *Casti connubii* de Pío XI, de 1930), es durante el pontificado de Pío XII cuando el Magisterio ordinario produce por primera vez un elevado número de documentos doctrinales en materia bioética. Eran necesarios para dar orientación moral ante las situaciones problemáticas que, con frecuencia creciente, iba trayendo el progreso de la medicina después de la segunda guerra mundial, en unos años que se han descrito como la Edad de Oro de la investigación biomédica.

Dado el prestigio de la Iglesia católica en cuestiones médico-morales, se fue haciendo habitual a mediados del siglo XX que, los médicos hicieran llegar sus problemas y perplejidades a los moralistas católicos y, en especial, a la Santa Sede. Pío XII aprovechó sus numerosos encuentros con los médicos (congresos o audiencias) para dar respuesta a sus preguntas.

Entre las principales enseñanzas de Pío XII se encuentran las siguientes:

- Algunas confirman la doctrina tradicional sobre asuntos de moral sexual, tales como la ilicitud de la inseminación artificial (1949), la esterilización, el aborto, el método del ritmo y otras intervenciones que interfieren en la procreación (1951). Anticipándose al futuro, Pío XII deja sentados ya criterios sobre la contracepción hormonal que adquiriría enorme importancia a finales del decenio de los 1950;
- Sobre los límites éticos de la experimentación e investigación biomédica en seres humanos. En un famoso discurso, Pío XII establece los criterios, que más tarde serían literalmente asumidos por la Declaración de Helsinki, sobre los límites éticos de la experimentación biomédica {I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso, septiembre 1952};

- ~~Sobre los problemas éticos de la aplicación de la genética (diagnóstico y consejo genético) en medicina {septiembre 1953};~~
- Sobre el uso de la sedación en el tratamiento del dolor refractario terminal, (IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología, octubre 1956), y sobre el empleo debido de técnicas de reanimación y mantenimiento vital, y el diagnóstico clínico de muerte como responsabilidad de los médicos (Reunión patrocinada por el Instituto "Gregorio Mendel", noviembre 1957). Las ideas de esta última alocución sirvieron para guiar a los médicos en el nuevo campo de la medicina intensiva y el riesgo del abuso terapéutico; y les incitaron a desarrollar criterios para el diagnóstico de muerte y abrir así la puerta a la ética de los trasplantes.

Además, Pío XII trató de temas teológico-morales generales de fuerte repercusión en medicina, tales como la ética situacionista (Radiomensaje sobre la Conciencia y la Moral, marzo 1952), o el principio de totalidad (Alocución a la Asociación Italiana de Donantes de Córnea, a Oftalmólogos y Médicos Forenses, mayo 1956).

3. Juan XXIII, el Concilio Vaticano II, Pablo VI

Juan XXIII y el Concilio Vaticano II no publicaron documentos dedicados específicamente a cuestiones bioéticas. Juan XXIII, en varias ocasiones, reiteró la doctrina sobre el valor sagrado de la vida humana y el respeto a la dignidad biológica de las personas. Y, lo mismo que el Vaticano II, condenó con firme energía los atentados contra la vida.

El problema candente de la contracepción no fue tratado por el Concilio. Pablo VI lo reservó a su Magisterio. Tras muchas y complejas vicisitudes, Pablo VI publicó, el 25 de julio de 1968, la encíclica *Humanae vitae*, sobre la regulación de la natalidad.

Es uno de los documentos más importantes del Magisterio sobre bioética. La encíclica esclarece la naturaleza teológica del matrimonio y el significado moral de la transmisión de la vida humana. En un tono sencillo y firme, verdaderamente paternal, la encíclica expone y enriquece la doctrina tradicional al aplicarla a los problemas contemporáneos. Considera con profundidad y esperanza el problema demográfico, y trata de las bases antropológicas, psicológicas y éticas del matrimonio y la castidad matrimonial. Reitera la doctrina irreformable de que todo acto conyugal ha de estar ordenado a la procreación de la vida humana, en virtud del principio de inseparabilidad, esto es, en el carácter inescindible, querido por Dios y que el hombre no puede romper por propia iniciativa, de los significados unitivo y procreativo que son inherentes al acto matrimonial. A la luz de esa doctrina, pondera las condiciones morales para la práctica, en la paternidad responsable, de la honesta regulación de la fecundidad. *Humanae vitae* contiene un llamamiento a los médicos, investigadores, demógrafos, políticos y juristas para que contribuyan a crear una sociedad que respete el plan que Dios ha querido para el matrimonio y la familia.

Humanae vitae, la última encíclica de Pablo VI fue recibida con hostilidad arrogante, e incluso rechazada, por muchos teólogos y algunos obispos. Los efectos para muchas almas de esa injusta disidencia han sido muy graves y están en la raíz del permisivismo sexual de hoy. *Humanae vitae* es, sin embargo, un texto enormemente estimulante, afirmativo, lleno de ternura y comprensión para los problemas a los que se enfrentan las familias. Nadie que la lea con inteligencia y sin prejuicios podrá quedar indiferente.

Juan Pablo II dedicó a *Humanae vitae* una larga catequesis, en la que puso de relieve la inmensa riqueza de la idea cristiana de la sacramentalidad del matrimonio, de la redención del cuerpo, y el valor antropológico de la sexualidad humana. De todas formas, *Humanae vitae* sigue siendo objeto de deliberada ignorancia.

4. La Declaración *De abortu procurato*, sobre el aborto provocado

Dentro del Pontificado de Pablo VI, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe publicó la **Declaración *De abortu procurato*, sobre el aborto provocado**. Lo hizo, con la aprobación del Papa, en 1974, lo que la integra en el Magisterio ordinario. Por entonces, se daban en la sociedad debates apasionados sobre el aborto y en algunos países se promulgaban las primeras legislaciones permisivas. La Declaración se proponía recordar la enseñanza permanente, inmutable, de la Iglesia sobre el respeto a la vida del no-nacido; esto es: toda vida humana ha de ser protegida con el máximo cuidado desde su concepción, por lo que, en consecuencia, el aborto y el infanticidio son un pecados gravísimos, crímenes abominables, por destruir la existencia de seres humanos inocentes e indefensos.

Examina primero la Declaración el problema a la luz de la fe y ofrece algunos argumentos tomados de la Escritura y de la rica tradición de la Iglesia, de los Santos Padres y del Magisterio precedente.

Estudia también la cuestión a la luz de la razón. Sostiene que cada persona humana se posee a sí misma, posee su vida a modo de derecho que, en estricta justicia, ha de ser respetado por todos: nunca podrá ese derecho ser conculcado o subordinado a los intereses de otros. Ese derecho a la propia vida, a ser respetado como persona, es intrínseco, poseído por el individuo en cuanto tal; no es algo concedido por la sociedad, sino que es anterior a ésta. Va contra razón la discriminación entre los seres humanos según la edad o la salud: la vida humana es de igual valor en todos: ancianos o enfermos incurables, recién nacidos o adultos.

El respeto a la vida humana se impone desde que comienza el proceso de la generación, que inaugura *“una vida que no es ni la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. No llegará a ser nunca humano si no lo es ya entonces.”* Con la fecundación comienza la aventura de un hombre, individual, con sus notas características ya bien determinadas. La ciencia actual no da ningún apoyo sustancial a los defensores del aborto. Podrá, en cambio, hacer importantes contribuciones para prevenir o curar las enfermedades y colaborar al mejor desarrollo del hombre. Lamenta la Declaración que, paradójicamente, los avances técnicos tiendan a facilitar los abortos en fases cada vez más precoces del desarrollo, pero no por ello cambia el juicio moral. La vocación del médico no es la de suprimir la vida, sino la de conservarla y favorecerla al máximo.

La Declaración examina cuidadosamente y refuta algunas objeciones que se hacen a la radical condena que la Iglesia hace del aborto: la protección de la salud o la evitación de la muerte de la mujer gestante, la vida potencialmente desgraciada de la criatura tarada por nacer, la emancipación social de la mujer y su libertad sexual, el bienestar socio-económico de las familias. De ese examen, la Declaración concluye que nunca y bajo ningún pretexto, podrá utilizarse el mal del aborto como medio para alcanzar determinados bienes: el aborto es siempre una gravísima violación de los valores morales, daña el bien común, es un mal que sobrepasa cualquier otro mal de orden económico o demográfico.

Recuerda a los legisladores y políticos que la función de la ley civil no es sancionar lo que ocurre en la sociedad, sino ayudar a crear un ambiente social sano, y proteger los derechos de todos, en especial de los débiles. Una ley humana no puede declarar lícito u honesto lo que se opone al derecho natural, ni obligar a los ciudadanos a actuar contra conciencia.

Concluye la Declaración advirtiendo que la fidelidad a la ley de Dios no es un camino fácil: puede en ocasiones exigir comportamientos heroicos. Los cristianos, que no han de limitar su vida a un horizonte mundano, sino que han de trascenderlo, deberán dar testimonio de su fe y esperanza aceptando y respetando la vida no nacida. No volverán la espalda al evangelio, sino

que, siguiendo el ejemplo del Señor, que "vino para que los hombres tuvieran vida y la tuvieran en abundancia" han de emplearse a fondo en proteger la vida de todos los seres humanos.

En suma, la Declaración presenta un mensaje alentador y positivo.

5. La Declaración *lura et bona* sobre la eutanasia

Ya, durante el pontificado de Juan Pablo II, la misma Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, con la bendición y mandato del Papa, publicó la **Declaración *lura et Bona sobre la eutanasia***. Se inscribe la Declaración en la línea de afirmación de la dignidad de todo ser humano y de defensa de su vida, que condena como inhumanos los crímenes de genocidio, el aborto, la eutanasia y el suicidio deliberado (Gaudium et spes,, 27).

La Declaración venía exigida por la presión de los movimientos pro-eutanasia, pero sobre todo por la necesidad de ayudar a resolver ciertos problemas clínicos (suspensión de medidas en medicina intensiva, tratamiento del dolor en pacientes moribundos, valor ético de la atención paliativa).

Trata primero del valor de la vida humana, don del amor de Dios, que el hombre ha de conservar y hacer fructificar. Matar a otro o suicidarse es negar a Dios y su amor, equivale a rebelarse contra sus designios, y también quebranta el derecho fundamental a la vida, que es irrenunciable, inalienable, indisponible.

La declaración no rehúye el necesario esclarecimiento del vocabulario a fin de fijar una inequívoca definición de eutanasia (aquella acción u omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor) ni tampoco la consideración de las dramáticas circunstancias que podrían llevar a pensar que sería legítimo pedir la muerte o procurarla a otros.

La respuesta cristiana en esas circunstancias está clara: aplicar los cuidados médicos que sean necesarios para aliviar el sufrimiento, y dar calor humano y aliento sobrenatural. Trata en detalle la Declaración del empleo de los analgésicos y aceptan la sedación terminal cuando los otros tratamientos se muestran ineficaces.

No deja de resaltar la Declaración el valor cristiano del sufrimiento que en los últimos momentos de la vida adquieren un significado particular, si el paciente los asumiera como una participación en la pasión de Cristo y unión con su sacrificio redentor en la cruz. Pero, maternalmente, la Iglesia no quiere que ese comportamiento heroico se convierta en norma general. Con prudencia humana y cristiana se ha de suponer que la mayor parte de los enfermos desean un tratamiento que alivie o suprima el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez.

Ante la reciente experiencia de casos de encarnizamiento terapéutico, la Declaración trata del uso proporcionado de los medios terapéuticos para sostener la vida terminal, y establece criterios ponderados y prudentes sobre el recurso a los tratamientos y sobre sus suspensión. Define los conceptos de medios "proporcionados" y "desproporcionados", la posibilidad de recurrir a procedimientos en fase experimental, la licitud de interrumpir tratamientos inoperantes, y el valor moral y humano de contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer, sin recurrir a intervenciones de eficacia dudosa o de costo económico o emocional excesivo.

Concluye la Declaración resaltando que si bien la vida es un don de Dios, la muerte es ineludible, por lo que hemos de aceptarla como muestra de responsabilidad y manifestación de dignidad. La muerte pone fin a la existencia terrenal, pero abre el camino a la vida inmortal. Por eso, todos los hombres deben prepararse para este acontecimiento a la luz de los valores humanos. Los cristianos han de hacerlo a la luz de su fe.

La mejor prevención de la eutanasia está en atender al paciente moribundo con la competencia médica que da la atención paliativa, y con el acompañamiento del consuelo humano y de la caridad ardiente.

6. La Instrucción *Donum vitae*

El 25 de Julio de 1978, justamente 10 años después de la publicación de *Humanae vitae*, nació la primera niña-probeta, acontecimiento celebrado como un triunfo de la ciencia sobre el dolor de la esterilidad matrimonial. Era obvio que la fecundación in vitro planteaba profundos conflictos morales, y fueron muchos los que preguntaron a la CDF sobre si esas técnicas eran conformes con los principios de la moral católica.

Tras larga reflexión y consultas a expertos, la CDF publicó en febrero de 1987, con la aprobación y por orden del Papa Juan Pablo II, la ***Instrucción "Donum vitae" sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Respuestas a algunas cuestiones de actualidad.***

Aunque no es un tratado orgánico y completo sobre la materia, es una exposición sencilla, en gran parte con el estilo catequético de preguntas y respuestas, de la doctrina católica sobre el modo de tratar al ser humano en las fases iniciales de su vida y los requisitos morales de las intervenciones biomédicas en el proceso de la procreación.

La Instrucción toma partido a favor de la investigación biomédica siempre que respete la dignidad de la persona, su responsabilidad moral y su vocación a la comunión con Dios. La ciencia y la técnica están al servicio de la persona humana y de sus derechos inalienables, han de buscar su bien integral, y no sólo la eficiencia técnica. Los experimentos sobre seres humanos no son intervenciones sobre células, tejidos o procesos fisiológicos: implican necesariamente a la persona, han de salvaguardar la identidad del sujeto humano *corpore et anima unus*.

Los principios básicos son sencillos: la vida humana ha de ser siempre respetada, pues, aunque no representa el bien supremo del hombre ni agota en sí misma el valor de la persona, es un valor fundamental sobre el que se fundan y desarrollan todos los otros valores de la persona. Es un don de Dios, resultado de un acto creador suyo, que ha de ser respetado de la concepción a la muerte. La transmisión de la vida humana es confiada por Dios a un acto personal y consciente de los esposos, según la ley inscrita en sus personas, cuerpo y alma. Ese acto no puede ser sustituido por técnicas o métodos que, aunque lícitos en animales o plantas, desdican de la condición personal del hombre y la mujer.

Sobre el respeto de la vida humana inicial, la declaración señala que al embrión humano, independientemente de lo que se opine sobre el momento de la animación o sobre su estructura antropológica, se le ha de respetar como persona desde el primer momento de su existencia, del mismo modo que se respeta a los otros seres humanos en su totalidad corporal y espiritual. Por tanto, se le puede hacer beneficiario de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que le beneficien y cuiden de su salud y supervivencia individual, si no incurrir en riesgos para su integridad física, y los progenitores han dado su consentimiento libre e informado para esos procedimientos. En esencia, los embriones humanos, vivos o muertos, han de ser tratados como los otros seres humanos, vivos o muertos.

Con respecto a las intervenciones sobre la procreación humana, un grave inconveniente moral es la relación, prácticamente inevitable, entre fecundación in vitro y eliminación querida, voluntaria, de embriones humanos. Además, las formas heterólogas de reproducción asistida que implican el uso de gametos de donantes rompen la unidad del matrimonio, la fidelidad que se deben los esposos de llegar a ser padres sólo uno a través del otro y defraudan el derecho del hijo a nacer dentro del matrimonio. Por razones análogas, ha de tenerse la maternidad surrogada como moralmente ilícita.

~~El vínculo que debe existir entre procreación y acto conyugal, la conexión inescindible, querida por Dios y que el hombre no puede romper, entre los significados unitivo y procreativo del acto conyugal, desautoriza moralmente las intervenciones de reproducción asistida homóloga, esto es, realizadas con gametos de los cónyuges.~~

La Declaración considera con gran compasión el sufrimiento que puede causar en los esposos la esterilidad conyugal, pero niega que el matrimonio confiera un derecho al hijo, pues eso equivaldría a reducirlo a un objeto de propiedad, algo contrario a su dignidad humana. El hijo es siempre un don inmenso, gratuito, del matrimonio, testigo vivo del amor y donación recíproca de sus padres. El hijo tiene derecho a ser el fruto específico del amor conyugal de sus padres; esa es la primera manifestación de su derecho a ser respetado como persona desde la concepción.

Por último, *Donum vitae* hace un conmovedor llamamiento a los legisladores para que las leyes civiles sean congruentes con la ley moral en lo que concierne a los derechos del hombre, la vida humana y la institución familiar. Y pide también a los educadores, a los responsables de la opinión pública, a médicos y biólogos, juristas y políticos, teólogos y moralistas que cooperen en el esfuerzo para que en la sociedad se respete la vida y el amor familiar, un esfuerzo que ha de nacer de la fidelidad a la doctrina de la Iglesia.

7. Magisterio de Juan Pablo II, en especial la encíclica *Evangelium vitae*

El Siervo de Dios Juan Pablo II deseaba pasar a la historia como el “Papa de la vida”. Con enorme energía y amor, defendió la vida humana a lo largo de su prolongado pontificado. Su magisterio queda condensado en la encíclica *Evangelium vitae* “sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana”, del 25 de marzo de 1995.

Juan Pablo II reafirma vigorosamente la enseñanza de la Iglesia sobre la dignidad e inviolabilidad de la vida humana. Presenta esta doctrina con un brío desusado y en el tono gozosamente afirmativo con que se anuncia la nueva buena, el evangelio de la vida humana. Hay, no cabe duda, en la Encíclica páginas de desusada gravedad, como son las condenas que, invocando la unanimidad de la tradición doctrinal y disciplinar de la Iglesia, y apoyándose en la autoridad que Cristo confirió a Pedro y sus sucesores, el Santo Padre hace de la eliminación directa y voluntaria de cualquier ser humano inocente, del aborto directo, y de la eutanasia.

No hace otra cosa entonces el Papa que recordar a los hombres de hoy que sigue plenamente vigente el “no matarás” del Decálogo, y nos explica que los categóricos y, en apariencia, austeros “noes” de la ley divina son, en realidad, afirmaciones llenas de amor al prójimo y a la vida. Podrían parecer duros los preceptos morales negativos, pues su valor es absoluto: obligan siempre y en toda circunstancia, no admiten excepciones. Pero, en realidad, prohíben en exclusiva comportamientos que son radicalmente incompatibles con el amor a Dios y con la dignidad del hombre. Incluso cuando parece negativa, la encíclica es radicalmente afirmativa.

Se inicia con el recuerdo alegre del nacimiento de Cristo, que vino al mundo para que todos tengan vida. Y termina con una larga e intensa plegaria a la María, Madre de los vivientes. El amor de Dios por la vida del hombre y su especial ternura por los más débiles, por los todavía no nacidos, los ancianos y enfermos, es probado mediante numerosas citas de la Escritura.

Y, por contraste, nos ofrece también la encíclica un resumen realista y estremecedor de las amenazas que el tiempo presente ha tramado contra la vida humana, en especial las que, persiguiendo una libertad falsa, tratan de declarar nulo el valor humano de la debilidad y el sufrimiento, y de autorizar legalmente el aborto, la eliminación de deficientes y la eutanasia.

Además de recordar y de enriquecer la doctrina tradicional sobre la dignidad inviolable de la vida humana, la encíclica contiene una novedad de fuerte impacto: un programa para la creación de una nueva cultura de la vida. Esta cultura se ha de basar en la conciencia del pueblo de Dios de ser “un pueblo de la vida y para la vida”, en el que la defensa y protección del hombre, vivo desde la concepción hasta su muerte natural, sea elemento diferenciador y permanente de la conducta. Habla el Papa de las tres direcciones en que se manifiesta esa Cultura de la vida.

La primera se refiere al anuncio del Evangelio de la vida, la tarea de difundir, junto con la doctrina, el amor eficaz por la vida. Eso requiere un estudio continuo y reflexivo de la propia encíclica, para aplicar con oportunidad su doctrina a las circunstancias de lugar y tiempo en que ese anuncio se hace.

La segunda es celebrar el Evangelio de la vida, lo que requiere para empezar una actitud contemplativa que descubra y sepa expresar la gratuidad, la belleza, y la invitación a la libertad y a la responsabilidad que se contienen en la vida de cada hombre. Celebrar el Evangelio de la vida es celebrar a Dios que da la vida, no sólo la biológica, sino la inmortal; y descubrir el brillo que tienen muchas tradiciones y costumbres populares que celebran la vida su cotidianidad. El Papa prorrumpe en alabanzas a las madres heroicas por su amor invencible.

La tercera dimensión de la cultura de la vida es el Evangelio de la vida como servicio, el servicio de caridad a la vida debilitada o amenazada. El Papa insiste en que la caridad nos hace ver que hacernos cargo de otro es aceptar un encargo personal que nos hace Dios. No consiste sólo en asistencia y ayuda material, en el heroico esfuerzo de salvar vidas naufragadas, por sino también en educación para la vida y sobre la vida; lo mismo que en desarrollar, mediante investigación y asistencia, modos de cuidar la vida terminal y los cuidados paliativos, y también sistemas y argumentos jurídicos que promuevan una sociedad más humana.

En las páginas iniciales de la encíclica, el Papa nos dice cómo el respeto de Dios por el hombre queda patente de modo conmovedor por la señal que Dios le puso a Caín para que nadie le atacara: “ni siquiera el homicida pierde su dignidad personal”. Hacia el final, cuando el Papa habla de realizar el cambio cultural de la vida, y convoca a todos a una movilización general de las conciencias en las comunidades sociales, en las familias, en la educación, en la creación de un nuevo estilo de vida, incluye en su llamada a las mujeres que han recurrido al aborto como testigos de la reconciliación de todos con la vida.

Para dar permanencia y profundidad a su mensaje a favor de la vida, el Papa pide a todos embarcarse en el esfuerzo educativo imprescindible para instaurar la cultura de la vida en sus múltiples dimensiones y disciplinas. Una contribución suya directa fue la creación de la Academia Pontificia para la Vida.

Evangelium vitae no es fácil de resumir. Pero es necesario retener en la memoria que no es sólo un documento que integra de modo brillante y convincente la doctrina sobre la dignidad e inviolabilidad de la vida humana. Es una hoja de ruta que ha de ser continuamente consultada para recorrer a paso vivo el difícil camino que lleva de la cultura de la muerte a la cultura de la vida.

8. La Declaración Dignitas personae

En los años transcurridos desde la publicación de *Donum vitae* (1987) y *Evangelium vitae* (1995) fueron apareciendo nuevas y diversas técnicas: en el campo de la reproducción humana asistida, en el de la investigación sobre embriones humanos, en las aplicaciones de la nueva genética. Se hacía necesario un documento mediante el que el magisterio se pronunciara sobre su licitud moral.

~~Lo hizo en septiembre de 2008, al publicar, con la aprobación del Papa Benedicto XVI, la Declaración de la CDF “**Dignitas personae sobre algunas cuestiones de bioética**”.~~

La Declaración destaca su continuidad con la doctrina recogida en la Declaración *Donum vitae* y en las Encíclicas de Juan Pablo II *Veritatis splendor* y *Evangelium vitae*. Y, siguiendo sus planteamientos, afirma que los juicios morales que aplica a las técnicas biomédicas que va a considerar se basan en la razón y la fe, en el amor al hombre, y en una actitud de confianza hacia el valor de la investigación que reconoce a la ciencia los grandes servicios que puede prestar al bien integral de la vida y a la dignidad de cada ser humano.

La Declaración comprende tres partes. La primera recuerda algunos presupuestos antropológicos, teológicos y éticos de importancia fundamental en la doctrina católica. En la visión. La segunda, toma en consideración los nuevos procedimientos técnicos que se aplican en el campo de la procreación humana. La tercera parte examina algunas nuevas propuestas terapéuticas que implican la manipulación del embrión o del patrimonio genético humano.

Reitera, con *Donum vitae*, que el ser humano desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado, que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual: ha de ser respetado y tratado como persona, dotada de derechos de los que el principal es el derecho inviolable a la vida. Recuerda que existe una única sede digna para dar vida a un ser humano que es, en el contexto del matrimonio y la familia, el acto que expresa el amor recíproco entre el hombre y la mujer. Y, aunque la Iglesia no interviene en el ámbito de la ciencia médica como tal, recuerda a todos que el valor ético de la ciencia biomédica se mide en referencia tanto al respeto incondicional debido a cada ser humano, en todos los momentos de su existencia, como a la tutela de la especificidad de los actos personales que transmiten la vida.

En consecuencia, y tras una consideración atenta a la luz de la razón y la fe, señala que son ilícitas las técnicas de fecundación *in vitro*, en sus diferentes modalidades incluida la obtenida mediante inyección intracitoplasmática de una célula espermática en un ovocito, la eliminación de embriones cualquiera que sea su calidad biológica, la congelación de embriones y ovocitos, y las intervenciones de diagnóstico preimplantatorio. Condena igualmente la reducción embrionaria de los embarazos múltiples y los nuevos procedimientos de contracepción que, como las nuevas formas de intercepción y contracepción, destruyen vidas humanas incipientes.

La Declaración reconoce las aplicaciones lícitas que puede alcanzar la terapia génica y los usos aceptables que pueden hacerse de la información sobre el genoma humano, pero no deja de señalar los límites éticos de esas técnicas, a fin de proteger la dignidad de las personas, las familias y la misma sociedad. Concluye que hay usos indignos de esa tecnología, como son la posible clonación del hombre y la producción de híbridos con gametos humanos y de otras especies.

Analiza, por último, los problemas morales vinculados al uso de materiales biológicos para la producción de vacunas, medicamentos y moléculas de potencial valor terapéutico, en cuya preparación se han empleado células derivadas de embriones humanos sacrificados específicamente para ese fin. Es este un campo de gran complejidad moral, en el que se necesita una urgente movilización de las conciencias en favor de la vida. Es necesario desarrollar vías alternativas libres de óbices éticos, cosa que sólo se logrará mediante una firme práctica del respeto absoluto de la vida humana y su carácter sagrado.

La Declaración, que podría parecer demasiado cargada de censuras hacia los aparentes progresos de la biotecnología, nos recuerda que detrás de cada uno de sus “noes” brilla, en las fatigas del discernimiento entre el bien y el mal, el gran “sí” del reconocimiento de la dignidad y del valor inalienable de cada singular e irrepetible ser humano llamado a la existencia.

~~No le han faltado a *Dignitas personae* las mismas acusaciones de oscurantismo que ya antes habían recibido los otros documentos bioéticos del magisterio. Tal acusación es insidiosa. La Iglesia bendice la investigación científica y el progreso tecnológico, que tiene como una participación en el poder creador de Dios, con la condición de que respeten y fomenten la dignidad y el bienestar integral de todos y cada uno de los hombres, incluidos los más débiles de los que se siente protectora y abogada.~~

Tema 6. La vida humana en sus orígenes

1. Introducción

El desarrollo de las técnicas de contracepción y de reproducción humana asistida constituye un fenómeno de extraordinaria importancia teológica y humana. Ha supuesto para muchos la capacidad de dominar la transmisión de la vida, esto es, ser capaces de producir, o suprimir, seres humanos a discreción, no sólo en el sentido técnico de manipular células y procesos reproductivos, sino también de recombinarlos saltando las barreras que la corporalidad, los lazos de familia y el tiempo real imponían a la procreación humana. En consecuencia, la vida de cada nuevo ser humano ya no es considerada por muchos como una donación maravillosa que Dios hace y en la que los padres de la nueva criatura colaboran. Con la reproducción asistida, los hijos se han convertido en un producto que se fabrica y se posee, y cuyo destino queda al arbitrio de sus dueños: puede, por ejemplo, ser querido y aceptado, o puede ser rechazado y destruido; crioconservado indefinidamente, o abandonado a corto plazo; pasado por la criba genética, o cedido en adopción a otros; donado para experimentación o usado como material para adiestramiento de neófitos.

Esa transición del embrión humano -- de don recibido de Dios a materia producida por el hombre y consumible en usos diversos -- ha planteado de modo radical el problema de cuál pueda ser su rango ontológico, moral o jurídico. El fondo de la cuestión es fácil de comprender: la capacidad humana de interferir en la transmisión de la vida -- tanto para limitarla mediante ciertos tipos de contracepción, como para ocasionarla o seleccionarla mediante la reproducción artificial -- implica una lógica de dominio y control, que exige de modo inevitable la eliminación de embriones humanos.

Pero, hasta no hace mucho y en las diferentes tradiciones morales, eliminar seres humanos, incluidos los embriones era un pecado; y, en las distintas perspectivas jurídicas, una acción criminal. En consecuencia, los procedimientos contraceptivos y de reproducción artificial que conllevan la destrucción de embriones humanos serían moralmente reprobables, jurídicamente inadmisibles.

Para soslayar esa condena, numerosos teólogos, filósofos, juristas, biólogos y médicos han elaborado doctrinas que pretenden que el embrión humano, al menos en sus días iniciales, no disfruta del estatus de persona humana; es decir, carece de los atributos ontológicos, morales y jurídicos que dan título para disfrutar del respeto incondicionado, propio y exclusivo de la persona humana. En consecuencia, la pérdida de embriones ligada a esas técnicas de control reproductivo sería permisible, o al menos tolerable, cuando alguna razón más o menos sólida la justificase.

Se plantea así el debate sobre el estatus del embrión, en especial el ontológico, pues de él derivan como corolarios el estatus moral y el jurídico. Se trata de un tema crucial, en torno al que se viene librando una batalla interminable, que dura ya más de 50 años, en la que se enfrentan dos visiones irreconciliables del hombre.

2. El estatus ontológico, moral y jurídico del embrión humano: debate actual

Conviene partir de la Instrucción *Donum vitae* para establecer de modo preciso la visión del Magisterio acerca del estatus del embrión. Eso nos permitirá ver con perspectiva y medir la fuerza de las objeciones principales que teólogos y bioéticos han opuesto a la doctrina católica.

En su Introducción, *Donum vitae* afirma que conoce y tiene en alto aprecio los datos más esenciales de la ciencia biológica, y declara que la vida del ser humano es inviolable desde el momento de la concepción hasta la muerte. En la visión cristiana, el respeto a la vida humana es signo y exigencia de la inviolabilidad de la persona. A cada uno, Dios Creador concede junta e inseparablemente vida y dignidad. Es decir, la vida del ser humano tiene un valor invariable, es una constante, que no depende de su edad o del reconocimiento social, sino que le adviene por el hecho de que Dios, al donársela, le ha constituido como persona.

El criterio fundamental de que el tiempo no cambia el estatus del ser humano da a las explicaciones de la Instrucción una gran soltura. Así, en una nota a pie de página, declara, no sin un velado sentido del humor, que, aunque el vocabulario biológico designa “zigoto”, “pre-embrión”, “embrión” y “feto” los estadios sucesivos del desarrollo del ser humano, todos ellos poseen idéntico significado ético y pueden utilizarse con libertad. Queda así reconocida en todo su valor la ciencia embriológica; y, a la vez, quedan desautorizadas las teorías desarrollistas que hacen depender el valor ético del ser humano de la fase más o menos avanzada de su desarrollo.

La Instrucción, recogiendo las enseñanzas del Concilio Vaticano II y del Magisterio reciente, insiste en que el ser humano ha de ser respetado —como persona— desde el primer instante de su existencia; en que la vida ya concebida ha de ser salvaguardada con extremo cuidado desde el momento de la concepción; en que, desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido ya desde entonces.

Y proclama que esa interpretación es congruente con los datos confirmados de la genética moderna, la cual muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: un hombre, este hombre individual con sus características ya bien determinadas. La fecundación inicia la aventura de una vida humana, cuyas principales capacidades requieren un tiempo para desarrollarse y poder actuar. Cuando al término de la fecundación se constituye el cigoto, la célula resultante de la fusión de los núcleos de los dos gametos, queda también constituida la identidad biológica de un nuevo individuo humano. Y aunque ningún dato experimental podrá nunca revelar la presencia de un alma espiritual, los conocimientos científicos sobre el embrión humano autorizan a discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana?

Esta evidencia sirve de base a la constante condena moral de cualquier atentado contra la vida humana inocente desde el primer momento de su existencia. El cigoto, desde en momento en que es constituido, exige tanto el respeto ético que se debe al ser humano en su totalidad corporal y espiritual, como el reconocimiento jurídico de los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida.

La Instrucción enseña que esta doctrina -- que el embrión humano sea tratado como cualquier otra persona -- es fundamental para resolver los problemas que los avances de la ciencia hayan planteado en el pasado o lo hagan en el futuro. Los embriones humanos han de ser acogidos, cuidados y, en la medida de lo posible, sanados como cualquier otro ser humano. Esta visión explica el rechazo de la Iglesia a todas las intervenciones experimentales o clínicas que impliquen la muerte consentida de embriones humanos: un rechazo lleno de compasión y humanidad.

3. Objeciones a la personalidad del embrión

La doctrina católica atribuye al embrión humano el estatus ontológico de persona, el rango ético de persona, el rango jurídico de ser tratado por la ley como persona. Por su lógica interna y su consistencia científica, esta doctrina tendría que ser reconocida por todos. Y, sin embargo, ha chocado con una extensa y persistente oposición, tanto fuera de la Iglesia como dentro de ella. El motivo es obvio: tiene consecuencias de enorme importancia.

En efecto, la muerte consentida de embriones humanos es parte inevitable de muchas intervenciones biomédicas, como, por ejemplo, de ciertos tipos de contracepción, de las técnicas de reproducción asistida que recurren a la fecundación in vitro, del diagnóstico genético preimplantatorio y sus aplicaciones, de los estudios experimentales sobre embriones humanos, y de los procedimientos para producir células troncales embrionarias a partir de blastocistos humanos.

Todos esos procedimientos podrían ser éticamente absueltos de culpa si los embriones que se destruyen carecieran del rango personal que la Iglesia les reconoce, y dejarlos así reducidos a la condición de entidades pre-personales, de seres que todavía han de recorrer ciertas etapas antes de que se les pueda considerar como verdaderos sujetos humanos. En apoyo de esa pretensión de “despersonalizar” al embrión humano se han propuesto numerosos argumentos. Empezaron a formularse ya en los años 1960, con el propósito de eximir a los contraceptivos orales de su real, aunque no cuantificado, efecto antinidatorio. Se esgrimieron después en las fuertes diatribas sobre el aborto de los años 1970. Se volvieron a reformular en los años 1980, con el propósito de trivializar éticamente tanto la cuantiosa pérdida de embriones ligada a la reproducción de laboratorio, como la destrucción de embriones humanos en proyectos de investigación o en cumplimiento de ciertas normas legales.

Al cabo de 50 años de debate, los argumentos son muchos y con numerosas variantes: algunos defienden el infanticidio neonatal, pues deniegan la condición de persona al recién nacido; otros sólo conceden personalidad al feto en fases avanzadas o medias del desarrollo prenatal, y la condicionan a que presente actividad eléctrica cerebral, movimientos fetales, o apariencia humana; otros, finalmente, reconocen al embrión como persona en edad embrionaria más temprana, cuando aparece el latido cardíaco, se desarrolla el tubo neural, aparece la estría primitiva, o se completa la anidación en el útero.

Los argumentos que más se han debatido han sido los que conceden un valor significativo al día 14 después de la fecundación, una fecha emblemática, reconocida en numerosas legislaciones y normativas profesionales. Dice que, en ese día 14, el embrión termina el proceso de su anidación (con la anidación, el embrión, que hasta entonces flotaba libremente, se considera aceptado biológicamente por la madre y simbólicamente por la sociedad: la anidación, sin embargo, se inicia el día 5 ó 6, y está prácticamente completada el día 10). En ese día 14, se inicia la gastrulación con la aparición de la estría primitiva (se dice que es entonces cuando las células del embrión, hasta entonces indiferenciadas, pierden su totipotencialidad y se diferencian por primera vez: pero la diferenciación y la restricción de la totipotencialidad, expresada en activación y represión de genes, están presentes aunque de modo parcialmente reversible, desde mucho antes).

Los argumentos más socorridos a favor de que el día 14 marca una frontera decisiva entre un antes y un después, entre no poder ser persona y poder serlo, son el argumento de la gemelación, el de la formación de quimeras, y el que se contiene en el concepto de pre-embrión. El primero dice que el embrión humano durante los 14 primeros días de su existencia puede dividirse y originar así dos o más gemelos; siendo así que un ser personal no puede dividirse en dos: por tanto, el embrión, mientras pueda originar dos embriones monocigóticos, no es persona. El segundo sostiene que hay individuos humanos que son resultado de la fusión de dos embriones; son, por ello, quimeras formadas por células de genomas distintos, derivadas de dos cigotos: siendo así que los seres personales no pueden recombinarse entre sí para formar un nuevo ser

único, por tanto, en los primeros 14 días, mientras sean capaces de fusionarse para originar quimeras, los embriones no pueden ser personas; sólo podrán serlo una vez que sobrepasado el tiempo en que sea posible hacer de dos uno. El tercero afirma que, en esos 14 días, la práctica totalidad de las células del erróneamente llamado embrión están destinadas a construir estructuras extraembrionarias, y como lo extraembrionario no es propiamente embrión, esos seres no son todavía embriones: son, y se han de llamar, pre-embryones.

Los citados argumentos, aunque tienen un componente filosófico (ontología de la estructura y de la génesis de la persona), se apoyan claramente en la biología, o, como suelen decir los que los defienden, en datos duros de la ciencia biológica. Pero un sencillo análisis, muestra que eso no es cierto. Los pretendidos datos duros son producto de la imaginación y del voluntarismo.

Sobre la gemelación monozigótica. Se desconoce cuándo y cómo un embrión humano da origen a dos gemelos monocigóticos. Nadie ha observado el proceso de la gemelación en el interior del cuerpo de la madre; y es probable que nunca haya tecnología que permita verlo en la trompa o en el útero. Y, a pesar de que la fecundación in vitro se acompaña de un aumento de la frecuencia de gemelación monozigótica y de que se han observado millones de embriones humanos in vitro, nadie ha esclarecido hasta hoy cómo ni cuándo un embrión se divide en dos gemelos. La idea de que eso sucede a lo largo de los 14 primeros días de desarrollo es una hipótesis que, aunque muy elegante y lógica, nunca se ha demostrado. Fue ideada por G. W. Corner en 1927 (y completada por él en 1955) para correlacionar la estructura de las envolturas fetales (corion y amnios) y el momento hipotético en que podría haberse producido gemelación. Pero nadie ha demostrado que ese constructo imaginario se corresponda con la realidad, ni nadie ha desarrollado modelos gráficos que muestren como un embrión de, por ejemplo, 10 ó 14 días puede dividirse en dos y después reparar la continuidad de sus envolturas escindidas y reconstruir la simetría (planos, ejes) de su "cuerpo" dividido. Nadie ha sometido la hipótesis de Corner a un escrutinio crítico: se ha impuesto como ortodoxia porque todo el mundo la acepta, pero no porque describa una realidad observada. Sucede con ella quizás lo mismo que con la lógica y plausible teoría geocéntrica de Tolomeo, universalmente aceptada hasta que Copérnico la refutó.

Lo mismo cabe decir, y más justificadamente, del argumento de las quimeras. Son muy pocos los casos de quimeras tetragaméticas aceptablemente demostrados en el estado actual del diagnóstico genético: sobran los dedos de una mano para contarlos. Pero nadie sabe cuando de hecho dos embriones dicigóticos pueden haberse amalgamado en un embrión único. En el estado actual de la ciencia, afirmar que se pueden formar quimeras a lo largo de los primeros 14 días del desarrollo es un aserto gratuito.

¿Qué fuerza tiene la idea de pre-embrión? Es cierto que jugó un papel decisivo tiempo atrás en los debates parlamentarios y en la opinión pública. Pero hoy está prácticamente abandonada. La idea afirma que, durante las dos primeras semanas, el organismo en desarrollo está constituido por dos poblaciones celulares: una, masiva y dominante, el trofoblasto, va a formar la parte fetal de la placenta y el corion; la otra, la masa celular interna, minúscula (según algunos científicos, menos del 1 por mil del total), que formará no sólo el cuerpo del embrión, sino también ciertas estructuras auxiliares de nutrición y protección, extraembrionarias, que junto con la placenta y el corion se desechan tras el parto. Se argumenta que no sería correcto dar el nombre de embrión a estructuras de destino no embrionario, sino extraembrionario, por lo que está justificado referirse al producto de la concepción en los primeros 14 días como pre-embrión.

Lo que en fondo se nos viene a decir es que perder cigotos, mórulas o blastocistos en reproducción asistida o en investigación equivale, en la práctica, a desechar material extraembrionario, desechable, y no a sacrificar embriones.

El argumento consta de dos elementos que entran por los ojos. Uno, es la disparidad numérica de las dos poblaciones celulares; el otro, la disparidad de valor antropológico entre el cuerpo fetal y envolturas fetales.

~~¿Tiene el argumento de la disparidad numérica una base real, científicamente demostrada? Contar las células de un embrión es cosa relativamente fácil durante los 4 ó 5 primeros días, factible hasta los 7; después, no hay datos numéricos fiables, sólo cabe hacer estimaciones indirectas. Los datos publicados sobre embriones humanos in vitro nos dicen que en el blastocisto humano de 5 a 7 días de edad, alrededor del 40 por ciento de las células corresponden a la masa celular interna, y el 60 por ciento a trofotodermo. No tenemos datos de lo que pasa después, pues los embriones humanos in vitro no crecen de modo organizado más allá del día 8. Obtener más datos obligaría a extraer del útero embriones humanos que ya han iniciado la implantación, cosa erizada de dificultades técnicas y éticamente ilícitas. Los dos componentes crecen muy aceleradamente. De la masa celular interna se originan, además de las células que van a formar el cuerpo del embrión, las que forman el epitelio amniótico, el endodermo del saco vitelino y sus derivados más o menos fugaces. Sea de ello lo que fuere, estamos a gran distancia del menos del 1 por mil que se proclamó para persuadir a los políticos y al público de que permitieran destruir embriones “en buena conciencia”.~~

¿Tiene el argumento de la disparidad “antropológica” entre lo embrionario y lo extraembrionario alguna fuerza? Es biológicamente absurdo establecer antagonismo entre uno y otro componente. Para proliferar, ambos componentes se necesitan recíprocamente. Además, no hay una divisoria hermética entre envolturas y embrión. Las células germinales primordiales se forman en la pared del saco vitelino y emigran al cuerpo del embrión: sin ellas no habría propagación de la especie. Las células de la sangre se originan en posición extraembrionaria y pasan después al embrión. Los vasos del embrión se inician en la alantoides y ponen en comunicación, la circulación placentaria con la del embrión. La embriología más reciente está rehabilitando el papel básico de las estructuras extraembrionarias, devolviéndoles el rango y función de órganos propios de un embrión que crece en el útero y que ha de atender, mientras se desarrolla, a la creación urgente de las estructuras que lo anclan a la madre y que le permiten mantener el intercambio metabólico materno-fetal.

En conclusión: los argumentos que trataron, desgraciadamente con éxito, de degradar al embrión inicial a la condición de cosa pre-humana eran, y siguen siendo, biológicamente falsos, filosóficamente sofistas, antropológicamente deshumanos.

4. Técnicas de reproducción asistida (inseminación artificial, FIVET, ICSI, GIFT, etc.)

Cuando, en 1978, nació la primera criatura humana concebida in vitro, la gente quedó fascinada ante la imagen seductora con que fue presentada por los medios: gracias a una maravillosa alianza de la ciencia con la compasión, el drama de la infecundidad matrimonial quedaba superado. Esa fascinación permanece. La fecundación in Vitro con transferencia de embriones (FIVET) ha mejorado sus técnicas y su eficacia, y se le han añadido nuevos procedimientos: la transferencia intratubárica de gametos (GIFT), la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) y toda una batería de métodos de diagnóstico genético preimplantatorio.

Desde la perspectiva social, la reproducción asistida rompió muy pronto los límites de la familia basada en el matrimonio, para aceptar la donación heteróloga de gametos y de embriones, la inseminación de mujeres solas, la maternidad subrogada. Rompió también los límites biológicos, con la criopreservación indefinida de gametos y embriones o con la gestación de mujeres postmenopáusicas. Los medios se han encargado de celebrar esos nuevos desarrollos, y de exhibir la extensa galería de excentricidades a que ha dado lugar la reproducción asistida. El vuelco total, en lo biológico y lo antropológico, se ha cifrado en la clonación del hombre, una excentricidad por fortuna nunca intentada.

Cuando el Magisterio, en 1987, con la Instrucción *Donum vitae*, se pronunció negativamente acerca de la moralidad de estas técnicas, la reacción general fue de desencanto y condena. La

situación no ha cambiado desde entonces. El Magisterio confirmó su doctrina en la Instrucción *Dignitas personae*, en 2008. En contrapartida, en 2010, Robert Edwards recibió el Premio Nobel por haber desarrollado la fecundación in vitro. Cabe preguntarse, ¿por qué la Iglesia mantiene una doctrina tan poco popular? Y también, ¿por qué el público y, entre ellos, tantos que se dicen católicos, son tan refractarios a esa doctrina? La respuesta a esas preguntas puede encontrarse en el hecho de que *Donum vitae* ha sido recibida con fuertes y obstinados prejuicios: son muchos los que no la han leído o que no la han comprendido. Eso impone a todos el deber de estudiar y entender los criterios morales aducidos por ese importante documento del Magisterio, que con brevedad se exponen a continuación.

El primero de esos criterios es la posesión de un concepto adecuado de la naturaleza de la persona humana, *corpore et anima unus*. El hombre es una totalidad unificada, corporal y espiritual al mismo tiempo. Su dimensión corpórea le es tan esencial como la anímica. Que el hombre sea uno en alma y cuerpo, implica que el cuerpo humano no es reducible a un complejo de tejidos, órganos y funciones, ni es equiparable al cuerpo de los animales, porque es parte constitutiva de una persona: es, por tanto, persona. La persona humana vive y piensa, se expresa y actúa a través del cuerpo.

En consecuencia, las intervenciones biomédicas sobre el cuerpo humano no inciden sobre meros tejidos, órganos o funciones; afectan siempre, aunque con diversa profundidad, a la persona misma. Tienen, por tanto, esas intervenciones un significado ético; implican responsabilidad moral.

El segundo criterio es la convicción de que la ley moral natural, que expresa y presenta los fines, derechos y deberes del hombre, tiene siempre en cuenta de la naturaleza corporal y espiritual de la persona humana. La ley natural no puede, por tanto, concebirse ni como un conjunto de normas de nivel biológico ni como un catálogo de normas espirituales, sino que ha de entenderse como el orden racional al que la criatura humana es llamada por su Creador para que, conforme a esa ley, dirija y regule su vida y sus acciones y, en particular, el uso que haga de su propio cuerpo.

De esos principios se deduce que la biología y la medicina, en su atención a la persona enferma, pueden cooperar al bien integral de ésta si, y sólo si, respetan su dignidad de criatura querida por Dios. Esa dignidad determina, de una parte, la obligación de tratar con el máximo respeto la vida humana desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, pues en ella se apoyan y desarrollan todos los demás valores de la persona (Ver Tema 4). De otra, esa dignidad determina la existencia, por decirlo así, de ciertos espacios cualificados, éticamente inaccesibles a la intervención técnica manipulativa. Por ejemplo, ningún biólogo o médico puede, en nombre de su competencia científica, pretender que es cosa suya decidir sobre el origen y el destino de los hombres, en especial en lo que atañe al ámbito de la sexualidad y de la procreación.

¿Por qué la sexualidad y la procreación gozan de ese estatus especial? En la doctrina católica, sólo el varón y la mujer unidos en matrimonio han sido llamados por Dios a participar, en la creación de nuevos hombres, a ser con Él concreadores de nuevas vidas humanas, en virtud de los bienes y valores específicos de unión y procreación que el matrimonio confiere. Dios ha agraciado al varón y a la mujer con una especial participación en su obra de Creador y de Padre. Ha situado la procreación humana en el orden de lo personal e indelegable, no en la esfera de lo animal y manipulable. La enseñanza de la Iglesia sobre la procreación afirma que hay una conexión inseparable, que Dios ha querido y que el hombre no puede romper por propia iniciativa, entre los significados unitivo y procreador del acto conyugal. Este resulta ser el único lugar digno para engendrar una nueva vida: sólo en el acto de amor conyugal se puede dar una procreación conforme con la dignidad de la persona; sólo ahí es donde el hijo, fruto de la donación recíproca realizada en el acto conyugal, es amado y recibido por lo que él es, respetado y reconocido como igual en dignidad personal a los que le dan la vida. La comunicación de la vida humana posee una originalidad propia, derivada de la originalidad misma de la persona humana. Ha de

~~realizarse de acuerdo con las leyes sacrosantas, inmutables e inviolables de Dios, las cuales han de ser conocidas y respetadas por todos.~~

Las técnicas de reproducción asistida hacen posible en la actualidad una procreación sin unión sexual, mediante el encuentro *in vitro* de células germinales extraídas previamente del varón y de la mujer. Pero, aunque eso es técnicamente posible, no es moralmente admisible. Las técnicas de reproducción asistida separan el elemento unitivo del elemento procreativo, los dos significados del acto conyugal, inseparables para la moralidad de la transmisión de la vida humana. Podrían usarse sin inconveniente en animales y plantas, pero no en el hombre.

La doctrina está validada por la Constitución *Gaudium et spes* del Concilio Vaticano II: “Pues Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de conservar la vida, misión que ha de llevarse a cabo de modo digno del hombre. Por tanto, la vida desde su concepción ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables. [...] los mismos actos propios de la vida conyugal, ordenados según la genuina dignidad humana, deben ser respetados con gran reverencia. Cuando se trata, pues, de conjugar el amor conyugal con la responsable transmisión de la vida, la índole moral de la conducta no depende solamente de la sincera intención y apreciación de los motivos, sino que viene determinada por los criterios que tienen su fundamento en la naturaleza de la persona y de sus actos, destinados a mantener en el contexto del amor verdadero criterios el sentido íntegro de la mutua entrega y de la procreación humana “.

En conclusión, esas técnicas, a pesar de los abundantes elementos científicos, psicológicos y socio-familiares que contienen, chocan con los dos valores fundamentales a que deberían atender: el respeto de la vida de los seres humanos producidos en el laboratorio y la dignidad de la procreación vinculada al acto de amor conyugal.

5. El diagnóstico preimplantatorio

El embrión humano *in vitro* puede ser sometido a una variedad de exámenes con el fin de evaluar su vitalidad (y, con ella, sus perspectivas de desarrollo) o su composición genética (para comprobar si es portador de alteraciones que predicen enfermedades que se manifestarán pronto o muy tarde en su vida). El diagnóstico puede hacerse mediante observación simple, o aplicando técnicas invasivas (extracción de blastómeros o de células del trofotodermo; a veces, de un corpúsculo polar), seguidas de procedimientos de análisis genético o bioquímico. Se practica para garantizar que los embriones transferidos a la madre carezcan de alguna deficiencia diagnosticable, aunque en ocasiones se usa para la selección de sexo del hijo.

La finalidad de este examen no se limita de ordinario a poner una etiqueta diagnóstica. Lo común es utilizarlo para elegir los embriones sanos y rechazar los enfermos, los sospechosos de enfermedad, o los que simplemente no superan un nivel elegido de una escala de puntuación de calidad. En ocasiones, se usa para seleccionar, entre embriones sanos, los que poseen características inmunológicas compatibles con un paciente al que se quiere salvar (caso de los niños “medicamento”).

Desde el punto de vista moral, el diagnóstico preimplantatorio añade, a la ilicitud de la fecundación *in vitro*, la eliminación premeditada de seres humanos embrionarios, que suelen ser numerosos, pues se procura la fecundación de muchos ovocitos a fin de hacer frente a la mortalidad inducida por las técnicas usadas. Los embriones enfermos o sobrantes son desechados en un gesto eugenista de aborto *in vitro* que mide el valor de la vida humana según criterios absolutos de calidad. Semejante actitud -- dice *Evangelium vitae* (63) -- corresponde a una mentalidad ignominiosa y totalmente reprobable. Decidir en virtud de un resultado analítico sobre la vida o la muerte de un ser humano es una ofensa a la dignidad del hombre, una discriminación injusta y mortal, que ultraja a quienes sufren minusvalía, incapacidad o enfermedades graves. La enfermedad y la incapacidad física o mental, esclarece la Instrucción *Dignitas personae* (22),

~~“pertenecen a la condición humana y afectan a todos en primera persona, incluso cuando no se tiene una experiencia directa de ello”~~

6. Congelación y uso de embriones para la investigación científica.

La congelación de embriones humanos – basada como la otra técnica de reproducción asistida en experiencias anteriores de medicina veterinaria – se introdujo para crear reservas de embriones para posible uso futuro, mediante la criopreservación a muy baja temperatura de los embriones sobrantes de los ciclos de fecundación in vitro. Tales embriones son colocados en soluciones especiales y sumergidos en nitrógeno líquido, donde pueden permanecer indefinidamente. Cuando convenga, se pueden descongelar y utilizar para fines reproductivos o experimentales.

A pesar de los avances técnicos, el trauma de congelar y descongelar el delicado embrión humano destruye o lesiona gravemente a más de la mitad de ellos, de modo que la tasa de niños nacidos tras congelación embrionaria es de alrededor del 10%.

Un problema sumamente grave ligado a la congelación de embriones humanos es el destino de los que no son usados en procedimientos reproductivos, un problema que no tiene salida moralmente aceptable. La crioconservación de embriones pasó de ser una medida prudente que subviniere a las necesidades reproductivas de las parejas (crear una reserva para ocasiones futuras) a convertirse en un recurso para disponer del número máximo posible de embriones para derrocharlos en procedimientos de selección y garantía de éxito. Eso hizo crecer de modo desahogado el número de embriones crioconservados. Juan Pablo II calificó de irreparable situación de injusticia la irresponsable acumulación de embriones humanos sin destino.

Las leyes suelen limitar el tiempo en que los embriones pueden permanecer congelados, por lo que sus progenitores han de decidir entre opciones que van de lo cruel a lo éticamente impropio. Han de escoger si los dejan morir por descongelación, si autorizan su uso en experimentos, o si los donan para que sean transferidos a otras parejas a título de adopción de embrionaria. En tal tesitura, muchos embriones son abandonados: se convierten así en “huérfanos”, ya que sus progenitores se desentienden simplemente de ellos. Constituyen, junto con los embriones donados a tal fin, el contingente disponible para experimentación.

En inhumano consumir embriones en investigaciones que concluyen necesariamente con su muerte, pues significa degradarlos a la condición de material experimental, a homologarlos a animales de laboratorio. Entre esas investigaciones se cuentan la producción de células troncales embrionarias o los estudios para mejorar los procedimientos que se emplean en las técnicas de reproducción asistida. Es opinión de muchos que esas investigaciones se justifican en virtud de sus propósitos benéficos, pero ningún beneficio por grande que sea puede justificar la destrucción de seres humanos.

7. El problema de las células troncales embrionarias

La producción y uso de estas células ha sido un tema de vibrante actualidad tanto en el ambiente científico como en el social en el último decenio. Son células obtenidas de embriones dotadas de la capacidad de multiplicarse indefinidamente y de diferenciarse, bajo la acción de determinados estímulos, en toda la variedad de tipos celulares que forman el organismo. Esa potencialidad ilimitada de proliferar y de originar tejidos de todo tipo ha llevado a considerarlas como la posible solución de una gran variedad de enfermedades en las que se pierden células que el propio organismo no repone. Es el objetivo de la llamada medicina regenerativa. A pesar de que más de 10 años de intensa investigación no han rendido frutos tangibles, se sigue poniendo grandes esperanzas en esas células.

~~La obtención directa de estas células exige la destrucción de los correspondientes embriones humanos. No puede, por tanto, justificarse moralmente. No es lícito hacer el mal para obtener bienes (o expectativas de bienes, en este caso) por grandes que sean. Benedicto XVI afirmó que para obtener ventajas terapéuticas no es admisible suprimir vidas humanas que tienen igual dignidad que los demás. “La historia misma ha condenado en el pasado y condenará en el futuro esa ciencia, no sólo porque está privada de la luz de Dios, sino también porque está privada de humanidad”.~~

Se entiende, por eso, que se hayan buscado procedimientos alternativos para obtener células troncales dotadas de las propiedades de las embrionarias, pero sin tener que recurrir a la destrucción de embriones humanos. Es el caso de las células troncales pluripotentes inducidas, de las células troncales derivadas de tejidos adultos o de sangre de cordón umbilical, que están mostrando una versatilidad insospechada. Se están haciendo avances clínicos positivos, aunque modestos, con estas variedades de células troncales, que, por añadidura, parecen libres de ciertos graves riesgos vinculados a las células troncales de origen embrionario.

8. El uso de material orgánico procedente de embriones o fetos abortados voluntariamente (líneas celulares, vacunas, etc.)

Por último, en *Dignitas personae* (31-32) se aborda la moralidad del uso de líneas celulares derivadas de fetos abortados voluntariamente, tanto para fines terapéuticos (implantes celulares en órganos dañados de pacientes), como preventivos (producción de vacunas) o de investigación (cultivo de virus, producción de sustancias biológicas).

La ilicitud moral de la obtención, producción y uso de esas células viene determinada por su conexión con el embriocidio o el feticidio, una conexión condicionada por la conveniencia pragmática de disponer de muestras celulares de calidad óptima, frescas y libres contaminación. Desde el punto de vista moral, el uso por terceros que no ignoran que esas células fueron obtenidas en condiciones moralmente ilícitas, constituye una cooperación material al mal más o menos remota, que implica un cierto grado de aprobación del acto inmoral precedente, una forma de complicidad moral.

Podría en situaciones especiales estar justificado el uso de materiales derivados de esas células, cual es el caso de algunas vacunas para evitar riesgos de salud pública, o en aplicaciones clínicas de fuerte y especial necesidad. Pero no puede legitimarse su uso: nunca es trivial la cooperación al mal, por remota que sea. En *Dignitas personae* se concluye que “el uso de células troncales obtenidas de embriones y de células diferenciadas derivadas de ellas, aun cuando hayan sido obtenidas y proporcionadas por otros investigadores o estén comercialmente disponibles, plantea serios problemas desde el punto de vista de la cooperación al mal y del escándalo”. Se hace, pues, imperativo promover la obtención de líneas celulares “moralmente correctas” a partir de materiales biológicos éticamente limpios (tales como tejidos adaptados genéticamente de otras especies, células somáticas adecuadamente inducidas, o sangre del cordón umbilical). Por desgracia, las líneas celulares obtenidas de abortos espontáneos no han mostrado hasta el momento calidad biológica suficiente para ser tenidas como una alternativa válida en medicina regenerativa.

Tema 7. El aborto

1. Introducción

En la encíclica *Evangelium vitae* (58), pocos párrafos antes de hacer la más solemne declaración magisterial sobre la extrema inmoralidad del aborto, Juan Pablo II constata que la amplia aceptación en las mentes, las costumbres y las leyes de este ‘crimen nefando’ (GS, 51) es prueba de la profunda crisis del sentido moral que sufre la sociedad de hoy. El Papa alude entonces al papel que la manipulación de las palabras ha jugado en esa estremecedora pérdida del sentido moral, y recuerda el deber de “mirar de frente a la verdad y de *llamar a las cosas por su nombre*, sin ceder a compromisos de conveniencia o a la tentación del autoengaño”. Advierte el Papa con dolor cómo las palabras trucadas han ofuscado la conciencia de muchos, que no saben ya distinguir el bien del mal, y que, ciegos ante la realidad, han llegado a aceptar que el aborto una es acción moralmente neutra, o incluso buena, a la que no cabe objetar.

Para entrar en una consideración constructiva sobre el aborto, es necesario antes comprender el significado de esas expresiones ficticias, que tan eficazmente han contribuido a anestesiar la conciencia social frente al aborto. Merece la pena fijarse por un momento en sólo dos de ellas: ‘interrupción voluntaria del embarazo’ y ‘contragestación’. La una ha pretendido oscurecer la existencia de la víctima fetal; la otra, derribar la barrera ética que separa contracepción y aborto.

La primera es citada por la encíclica: “precisamente en el caso del aborto se percibe la difusión de una terminología ambigua, como la de ‘interrupción del embarazo’, que tiende a ocultar su verdadera naturaleza y a atenuar su gravedad ante la opinión pública” (EV 58). Su variante ‘*interrupción voluntaria del embarazo*’ (muchas veces reducida a la sigla IVE; en los países anglosajones se suele emplear la forma paralela ‘terminación de la gestación’, abreviada a ‘terminación’) se usó insistentemente en el debate social y parlamentario sobre la legislación del aborto en muchos países, de modo que ha quedado incluida en muchos textos legislativos. Esa denominación ficticia sirvió para borrar astutamente cualquier asociación de ideas con el viejo crimen del aborto, de paso que permitió presentar en sociedad la ‘interrupción’ como un tipo de conducta nuevo y aceptable. En el campo de la medicina, la nueva denominación disfracó de acto profesional tolerable, e incluso obligado, un proceder que, desde Hipócrates, se había tenido por repugnante y rechazado por la deontología médica.

¿Qué diferencia hay, en el fondo, entre decir ‘aborto’ y decir ‘interrupción voluntaria de la gestación’? Aborto tiene inevitablemente una dimensión material, física: es el cuerpo fetal muerto. En cambio, interrupción del embarazo es la suspensión de un proceso fisiológico de la mujer. En el aborto, el feto muerto es la figura central; en el derecho penal, era el cuerpo del delito, la prueba necesaria e irrefutable. En la interrupción de la gestación es la fisiología de la mujer lo único que importa: el feto ni siquiera es citado, es como si no existiera. Interrumpir el embarazo es cortar un evento que sucede en la mujer. Pertenece a la categoría de una cefalea o un estreñimiento. En el concepto de interrupción del embarazo hay una ignorancia deliberada del feto, que queda reducido, en la conciencia y en la ley, a algo que ni siquiera es digno de mención. El feto es víctima de una conjura de silencio en la que son cómplices los legisladores, los médicos, los padres; es simplemente ignorado, lo que es, en cierto modo, la forma suprema de violencia y desprecio, pues ignorar a la víctima es la manifestación extrema del dominio de los fuertes sobre los débiles. Referirse a interrupción del embarazo es anular antológicamente al feto: no se habla de él, no tiene nombre, es nada, no existe.

El término ‘contragestación’ fue acuñado por E. E. Baulieu, el bioquímico que desarrolló la píldora abortiva mifepristona (también conocida como RU 486). Tratada, con ese neologismo, (usado de ordinario en su forma abreviada de ‘contragestión’) de colocar el nuevo aborto químico en la esfera de la contracepción y así revestir de inocencia la destrucción adrede de seres humanos no nacidos. Baulieu se apoyaba en la continuidad innegable que se da entre el aborto provocado

~~por medios quirúrgicos o farmacológicos y el aborto operado por diferentes procedimientos contraceptivos, tales como los dispositivos intrauterinos, la contracepción hormonal a base de gestágenos, y la contracepción postcoital, Baulieu no tenía empacho en declarar que estos procedimientos no son contraceptivos en el sentido aceptado del término, sino que incluyen un efecto antinidatorio, hacen inhabitable para el embrión la mucosa del útero.~~

El concepto de contragestión trivializa la fecundación, la hace irrelevante al eludir las significativas diferencias que existen entre las técnicas de control de la fertilidad que actúan antes de la concepción del embrión y las que lo hacen después. Al incluirlas en el concepto unitario de contragestión, Baulieu pretende anular la distancia -- biológica, cultural y ética -- que existe entre contracepción y aborto, y de ese modo disipar la repugnancia moral que el aborto despierta en la gente. Implantada la idea de contragestión, sería indiferente controlar la natalidad por mecanismos pre-zigóticos o post-zigóticos: en tal caso, la palabra aborto estaría de sobra. Cuando acuñó el término contragestión, Baulieu declaró que su propósito era eliminar la palabra aborto, porque era muy traumática y simbolizaba, en cierto modo, un doloroso fracaso.

Contragestión e interrupción de la gestación son expresiones falaces: una oculta al embrión, la otra ignora al feto. Éste queda rebajado a la categoría ontológica similar a la de un parásito que se expulsa tras ingerir un vermífugo, o a la de un pólipo mucoso que se extirpa con una legra.

2. Definición y valoración moral del aborto según *Evangelium vitae*, 58-62

Definición

En *Evangelium vitae*, Juan Pablo II nos ofrece una síntesis vigorosa de la doctrina de la Iglesia sobre el aborto. Lo hace en los puntos 58 a 62 de la encíclica, de los que dedica los tres primeros a enumerar los rasgos culturales y las circunstancias morales que caracterizan y rodean la práctica actual del aborto, para concluir en el último, tras recordar los pronunciamientos más salientes del Magisterio reciente de la Iglesia, con una condena moral, solemne y extraordinariamente enérgica, de ese crimen y pecado.

Resalta el Papa, para empezar, que, entre los crímenes contra la vida humana, el aborto posee una perversidad especial, que lo hace particularmente grave e ignominioso y merecedor de la calificación de 'crimen nefando' que le adjudicó el Concilio Vaticano II. Para despertar la conciencia moral de los hombres y las mujeres de hoy, habituados muchos de ellos a ver el aborto como un fenómeno social común, apenas moralmente relevante, el Papa se expresa con fuerza inusitada. Considera que la trivialización del aborto es "señal evidente de una peligrosísima crisis del sentido moral, que es cada vez más incapaz de distinguir entre el bien y el mal, incluso cuando está en juego el derecho fundamental a la vida" (EV 58).

Ya que un factor principal del penoso oscurecimiento de la conciencia moral colectiva que hoy sufren tantos es el deliberado desdibujamiento de los conceptos operado por medio de una terminología engañosa, el Papa siente la necesidad de llamar a las cosas por su nombre, de abandonar toda fraseología ambigua, de mirar valientemente a la verdad, sin ceder ante componendas ni caer en el autoengaño. Y, en consecuencia nos ofrece una definición nítida y clara de lo que es objetivamente el aborto provocado: **la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento.** (En la versión española de la encíclica, el latín original 'occisio' se traduce 'eliminación', un término ambiguo que puede interpretarse como separación, exclusión, echar fuera, aunque también como muerte violenta o asesinato. Mejor hubiera sido decir dar muerte -- killing, meurtre, uccisione, Mörder -- como hacen las otras traducciones. Se ha tener en cuenta que, en el debate teológico-moral y bioético, probablemente por influencia del derecho penal, ha dominado la idea de que sólo es aborto la extracción fuera del útero materno del feto

~~inviabile. Dar muerte al no nacido, sin extraerlo del útero, no se llamaba aborto; se consideraba un grave delito, pero se le denominaba, según los casos, craniotomía, embriocidio, feticidio (más modernamente, se introdujo la reducción fetal). Algunos autores han distinguido, por esa razón, entre “aborto como extracción” y “aborto como occisión”).~~

La definición que ofrece Juan Pablo II obliga a una consideración atenta, en primer lugar, de sus tanto en sus contenidos biológicos, acerca de los cuales es profundamente innovadora. En efecto, establece por primera vez de modo explícito, los confines temporales precisos en que queda comprendida la duración de la fase inicial de la vida humana que el aborto destruye: “de la concepción al nacimiento”; incluye todos los diferentes procedimientos mediante los que se lleva a cabo: “como quiera que se realice”; implícitamente abarca los diferentes lugares (*in vivo* o *in vitro*) en que esa occisión se perpetra; y, finalmente, abarca los motivos cualesquiera que sean (sociales, eugenésicos, terapéuticos, económicos) que llevan a practicarla.

Son, por tanto, aborto la destrucción *in vivo* de los embriones más jóvenes, causada por los llamados contragestativos y por ciertos procedimientos que, aunque se llamen contraceptivos, actúan después de la fecundación, ya sea dañando directamente al embrión, ya impidiendo su anidación. Lo confirma expresamente la Instrucción *Dignitas personae*, 23, cuando dice que “el uso de los medios de intercepción y contragestación forma parte del *pecado de aborto* y es gravemente inmoral”. Y es también aborto la muerte provocada del ser humano que se desarrolla en el seno materno bien sea antes de alcanzar la viabilidad, bien después de ese momento, incluida la que se inflige al feto a término en el curso del parto (partial-birth abortion).

La encíclica califica también de aborto la occisión de embriones humanos *in vitro*: tanto la de los sobrantes de los procedimientos clínicos de reproducción asistida, como la de los destruidos en el curso de experimentos e investigaciones. Ya la Instrucción *Donum vitae* había declarado la grave ilicitud moral de los métodos de observación o de experimentación, que causan daños o imponen riesgos graves y desproporcionados a los embriones obtenidos *in vitro* (DV I, 5). En EV, 63 traslada a la situación *in vitro* la calificación moral de aborto: “La valoración moral del aborto se debe aplicar también a las recientes formas de *intervención sobre los embriones humanos* que, aun buscando fines en sí mismos legítimos, comportan inevitablemente su destrucción. Es el caso de los *experimentos con embriones*, en creciente expansión en el campo de la investigación biomédica y legalmente admitida por algunos Estados”. La razón es que a los embriones, a todos, “se les ha conceder la dignidad de seres humanos, que tienen derecho al mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona.”

La definición ofrecida por Juan Pablo II asigna al aborto dos elementos éticos: es un acto deliberado, y un acto directo.

El primer elemento, la *deliberación*, implica conocimiento y voluntariedad. Se ha de tener un conocimiento objetivo de la acción que se comete, lo que quiere decir que no puede ser ofuscado por el error culpable, la ignorancia consentida, o la aceptación cómplice de una terminología engañosa. La encíclica destaca que la gravedad moral del aborto provocado sólo puede captarse en toda su verdad si se considera que es en realidad un homicidio, agravado por unas circunstancias específicas: la absoluta inocencia del ser humano eliminado, su debilidad e indefensión, su total dependencia de la mujer que lo lleva en su seno. Nunca es el no-nacido un agresor, y menos un agresor injusto; incapaz de gemir o llorar, es incapaz de defenderse; y, paradójicamente, es víctima de quién debería cuidar de él. El Papa es sensible al carácter dramático y doloroso con que el aborto se presenta en no pocos casos. Comprende que muchas mujeres no recurren a él por razones egoístas o de conveniencia, sino para preservar bienes importantes, como la propia salud o un nivel de vida digno para su familia. Y, sin embargo, aun reconociendo la gravedad y dramatismo de esas y otras razones semejantes, el Papa concluye que jamás se podrá justificar la eliminación deliberada de un ser humano inocente.

El segundo elemento es el *modo directo* en que se causa la muerte del no nacido. Lo que esto significa lo dice el Papa, tomando literalmente unas palabras del Catecismo de la Iglesia Católica

(CIC 2271), cuando, en EV 62, declara que “el aborto directo, es decir, querido como fin o como medio, es un desorden moral siempre grave”. Así pues, se ha de entender por directo el aborto que es querido, buscado o provocado como un fin en sí mismo o como un medio para otro fin. En cierto modo, solo el aborto libertario, el practicado porque sí, frívola e irresponsablemente, es el que podría calificarse de aborto querido en sí mismo como fin. De ordinario, las mujeres acuden al aborto como medio, buscado y aceptado, para conseguir ciertos propósitos (por ejemplo, bienestar económico, competitividad laboral, oportunismo profesional, rechazo de hijos deficientes, no perder prestigio social, no perturbar proyectos).

En contraste, el aborto indirecto es el que sufre o tolera, sin quererlo ni buscarlo, por ser consecuencia, previsible pero no deseada, de acciones buenas en sí mismas. Es, por ejemplo, la pérdida fetal que resulta del tratamiento (quimioterápico, quirúrgico) de una enfermedad de la gestante, que, al igual que otras complicaciones o daños iatrogénicos, han de sobrellevarse, aunque sea a contrapelo. O lo que ocurre al extirpar la trompa con un saco gestacional ectópico, o un útero gestante que es asiento de un tumor maligno. O es el que se produce a raíz de una intervención para tratar alguna enfermedad o malformación del feto. En realidad, lo que se llama aborto indirecto no es en realidad un aborto, porque, en su caso, la muerte del feto no es querida o deseada, ni se busca o se provoca adrede, directamente. Para evitar confusión, tendría que llamársele de otra manera, pero el término aborto indirecto está muy arraigado en la tradición teológico-moral católica.

3. Valoración moral del aborto

Se extiende la encíclica a lo largo de los puntos 58 a 62 en consideraciones que ponen de relieve la gravedad moral del aborto provocado. El Papa expresa aquí no sólo su inmenso y apasionado amor por la vida, sino que desea contagiar ese amor a todas las personas de buena voluntad. Apela a la inteligencia de ellas, para que la verdad sobre el aborto sea reconocida: esta verdad se revela sólo cuando se reconoce el aborto como un homicidio, que es agravado por las circunstancias específicas que lo rodean y cualifican. Se elimina a un ser humano que comienza a vivir, que es, en fin de cuentas, lo más absolutamente *inocente* que se pueda imaginar, que jamás podrá ser considerado como agresor, y menos aún un agresor injusto. Se elimina a un ser *débil*, inerme, carente incluso de aquella mínima forma de defensa que constituyen los gemidos y el llanto del recién nacido. Se elimina a un ser *totalmente confiado* a la protección y al cuidado de la mujer que lo lleva en su seno. Sin embargo, a veces, es precisamente ella quien decide, pide e incluso provoca su eliminación,.

El Papa no es insensible a lo que el aborto tiene de carácter dramático y doloroso en muchas ocasiones. Sabe que muchas madres optan por el aborto no por razones puramente egoístas o de conveniencia, sino porque se quieren preservar algunos bienes importantes, como la propia salud o un nivel de vida digno para los demás miembros de la familia, o ahorrar al futuro hijo una existencia tan precaria que llegan a pensar que mejor sería no nacer. Pero concluye Juan Pablo II que, siendo graves y dramáticas esas y otras razones semejantes, *jamás pueden justificar la eliminación deliberada de un ser humano inocente*.

En los puntos siguientes, la encíclica va pasando revista a los diferentes protagonistas que intervienen en la decisión de dar muerte al niño aún no nacido, y a las diversas circunstancias que rodean el desarrollo de este drama. Reconoce el Papa la trágica realidad del abandono en que el padre de la criatura deja a la mujer, la las violentas presiones que ella puede sufrir de familiares y amigos, que incurren en la grave responsabilidad de inducir o a forzar a la mujer a que aborte. También se refiere el Papa a la culpabilidad de los médicos y del personal sanitario que ponen al servicio de la muerte la competencia que adquirieron para promover la vida..

La responsabilidad afecta también a los actores de la cosa pública: a los legisladores y administradores de las estructuras sanitarias que ponen el poder público al servicio del aborto, mientras que han abandonado las políticas de protección la maternidad y de las familias,

~~especialmente las numerosas; a los que han difundido en la sociedad el permisivismo sexual, o que contribuyen desde fundaciones y organismos no gubernamentales a la difusión del aborto en el mundo. Habla el papa de que en torno al aborto se ha creado una 'estructura de pecado' contra la vida humana aún no nacida.~~

En el punto 60 de la encíclica, el Papa refuta la difundida idea de que el aborto puede justificarse porque el fruto de la concepción no puede ser considerado vida humana personal hasta cierta etapa de su desarrollo. El Papa reitera la doctrina ya expresada en la Declaración sobre el aborto provocado, de 1974, de que con la fecundación “se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces [...] Con la fecundación se inicia la aventura de una vida humana, cuyas principales capacidades requieren un tiempo para desarrollarse y poder actuar”. Recuerda la abstención del Magisterio de proponer un momento para la animación del embrión humano. Pero eso no impide que sostenga “bastaría la sola probabilidad de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano”, pues “más allá de los debates científicos y de las mismas afirmaciones filosóficas en las que el Magisterio no se ha comprometido expresamente, la Iglesia siempre ha enseñado, y sigue enseñando, que [...] *el ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción* y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida”.

Resume brevemente la encíclica en los puntos siguientes las enseñanzas de la Sagrada escritura, la tradición y el Magisterio reciente de la Iglesia sobre el aborto. El asunto ha sido tratado en los temas 3 (El valor de la vida humana en la Sagrada Escritura) y 5 (Documentos principales del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética). Ello no impide señalar que la relectura de esos puntos es esencial para dar firmeza y fundamento tanto al pensamiento personal sobre el aborto, como a los debates sobre este importante asunto en que uno participe. En el fondo, nos harán ver claro que ese pensamiento y esos debates no versan sobre una candente cuestión social o política, sino sobre los amorosos designios de Dios sobre los hombres

No deja de referirse el Papa a la disciplina canónica de la Iglesia sobre el aborto, signo de la repugnancia moral que la esposa de Cristo siente por ese abominable crimen. Siguiendo una tradición inaugurada en el primitivo cristianismo, el aborto ha sido objeto de graves sanciones penales, entre ellas pena de excomunión, que figuraba en el Código de Derecho Canónico de 1917, y que pasó a la nueva legislación canónica (can. 1398 del Código de Derecho Canónico, de 1983; can. 1450 § 2 del Código de los Cánones de las Iglesias orientales, de 1990). En ellos se dice “quien procura el aborto, si éste se produce, incurre en excomunión *latae sententiae*”, es decir, automática, y que afecta a todos los que cometen este delito conociendo la pena, incluidos los cómplices sin cuya cooperación el delito no se hubiera producido. De una parte, esta penalización expresa el radical rechazo de la Iglesia al aborto; de otra, trata de conmover a quien lo comete y alentarle a buscar el camino de la conversión.

Conviene, por último, señalar que en la Instrucción *Dignitas personae* (23), al precisar que usar medios de intercepción y contragestación forma parte del pecado de aborto y es gravemente inmoral; de modo que, en caso de que se alcance la certeza de haber causado la muerte de un embrión, se hacen operativas las graves consecuencias penales previstas en el derecho canónico.

4. El aborto químico

Aspectos médicos. Aparte de las diferentes técnicas quirúrgicas para practicar el aborto, se han desarrollado procedimientos para el aborto con sustancias químicas: es el llamado aborto químico, farmacológico o médico. El aborto químico plantea algunos aspectos técnicos y éticos que conviene conocer.

Hay muchos productos químicos capaces de provocar aborto, pero sólo muy pocos son capaces de actuar sin causar daños serios a la mujer gestante. En realidad, al terminar el primer decenio del siglo XXI, sólo tres agentes químicos son aceptados como agentes utilizables para el aborto en la mujer: la mifepristona (conocida como RU486), el metotrexato y el misoprostol. De ellos, el más usado es la mifepristona. El metotrexato se usa en situaciones excepcionales. El misoprostol, una prostaglandina que provoca contracciones del músculo uterino que favorecen la expulsión del feto y sus envolturas, puede usarse sólo. Lo ordinario, sin embargo, es el uso combinado de mifepristona y misoprostol.

Fue en Francia, a lo largo de los años 1980, donde se estudiaron las propiedades farmacológicas de la mifepristona, una molécula dotada de la propiedad de bloquear la acción de la progesterona, la hormona esteroidea que, producida por el cuerpo lúteo del ovario, favorece la iniciación y mantenimiento del embarazo. La progesterona hace que el endometrio sea receptivo para el embrión, favorece la anidación, estimula desarrollo de la placenta, y sosiega la contractilidad del músculo uterino. Sin ella, el embarazo se interrumpe. La mifepristona ocupa tenazmente los receptores de la progesterona, por lo que ésta no puede transmitir sus señales. Percibiendo la ausencia de acción de la progesterona, el útero inicia la eliminación de su mucosa. El embrión, privado de nutrientes, muere de inanición, la placenta se desprende y el saco gestacional es expulsado con sus envolturas.

La mifepristona es conocida del público como “píldora abortiva. Aunque posee algunas otras indicaciones médicas en el tratamiento de algunas enfermedades, la aplicación principal, casi exclusiva, de la mifepristona en la provocación del aborto en el curso de las siete primeras semanas del embarazo. Está desaconsejado usarla para el aborto más tardío.

La historia de la mifepristona ha sido muy agitada, en razón, sobre todo, de la oposición de las organizaciones pro-vida y del apoyo incondicionado de los promotores del aborto: su producción fue suspendida por sus fabricantes (Roussel-Uclaf) ante la presión de los pro-vida que amenazaron con boicotear sus productos. Pero casi inmediatamente volvió a ser producida por orden del gobierno francés. La firma Roussel-Uclaf se ha desentendido de la fabricación de la mifepristona y ha donado sus derechos de patentes a entidades promotoras del aborto en diferentes países. A lo largo de los 1990, se fue extendiendo su uso, sobre todo en China y en Europa. El año 2000 su uso fue aprobado en Estados Unidos.

El uso de la mifepristona no está libre de inconvenientes. Para asegurar una eficacia del orden del 95-98 por ciento, se ha de combinar la toma por boca de la mifepristona con la ingestión, tres días después, de un comprimido de misoprostol. De ordinario, la eliminación del saco gestacional se hace entre 4 ó 5 días de la toma de mifepristona. El aborto químico es, pues, un proceso largo, que se acompaña de síntomas desagradables (náuseas, vómitos, dolor abdominal, fuertes contracciones del útero y, sobre todo, hemorragias que pueden durar semanas). En alrededor del 5% de los casos el aborto químico es incompleto y es entonces necesario evacuar quirúrgicamente los residuos retenidos en el útero. Es también un proceso complejo, pues la mujer ha de acudir al consultorio, aparte de las ocasiones previas a la práctica del aborto establecidas por la ley de cada país, al menos dos veces: una para ingerir la mifepristona en presencia del médico, y otra para someterse a una ecografía para comprobar que ya no quedan restos ovulares en el útero. De ordinario, ha de acudir una tercera vez para obtener la prostaglandina. En conjunto, el aborto químico no es más privado que el aborto quirúrgico, ni tampoco suele ser más barato.

Se han publicado unos pocos casos de complicaciones muy graves, e incluso de muertes por sepsis, consecutivas al aborto químico, aunque no parece que sean superiores a las del aborto quirúrgico practicado en las primeras 7 semanas de la gestación. De hecho, parece ser que, vencida la reticencia inicial de los médicos y las mujeres ante el aborto químico, éste va ganando aceptación y se ha convertido en el procedimiento preferido, en todos los grupos de edad de las mujeres, para abortar antes de las siete semanas de gestación, con cifras de alrededor del 90%: en Francia, Suecia y Gran Bretaña. En China, a falta de datos numéricos, su uso es masivo.

Consideraciones éticas. El aborto químico es un aborto: es la eliminación deliberada y directa, mediada farmacológicamente, de un ser humano en la fase inicial de su existencia. Que sea un procedimiento químico no modifica obviamente su calificación moral. A él se le aplican las sanciones morales y canónicas que se asignan al aborto procurado.

Sin embargo, el aborto químico plantea algunas cuestiones peculiares: aunque no cambie la sustancia moral del acto, influye, o puede influir, sobre ciertos aspectos que, aunque accesorios, son significativos. El hecho de que lo presente como más natural y privado, y también menos invasivo, que el aborto quirúrgico, está influyendo en su aceptación. Algunos autores predicen que se impondrá como la forma preferida de abortar, en especial si se simplifican los trámites.

En esa generalización del aborto químico cuenta mucho la difusión de mensajes éticos y psico-sociales manipulados. El hecho de que el aborto químico sólo pueda aplicarse a la fase inicial del embarazo, lleva a entenderlo no sólo como un procedimiento que implica menor riesgo biológico para la mujer, sino como algo moralmente ligero, pues recae sobre un embrión joven (de menos de 7 semanas), que ni siquiera puede llamarse feto. Está muy extendida una falsa visión evolucionista de la percepción moral del aborto, una especie de norma moral de plazos, según la cual el impacto psicológico y moral guardan una cierta proporcionalidad con la fase de desarrollo del embrión o feto abortado: a mayor edad y más peso del aborto, corresponde más sufrimiento y más culpa subjetiva.

A aligerar la sensación de culpa contribuye lo habitual del tratamiento con medicinas tomadas por boca. El aborto químico se reduce así a ingerir unos comprimidos y a esperar los resultados, que, dejando a un lado los efectos indeseados, tienen la apariencia de un aborto espontáneo. Esa "naturalidad" contrasta con el carácter violento del aborto quirúrgico, una intervención instrumental invasiva, que exige sedación o anestesia, inevitablemente ligado a imágenes más o menos conscientes de destrucción física (succión, desmembramiento) del cuerpo del feto.

Por esas razones, la mifepristona es presentada como la droga-milagro de la libertad reproductiva, que abre el camino a la banalización técnica y moral del aborto. Se están haciendo ensayos para determinar la "seguridad" del aborto químico en casa, que traería no sólo la liberación del aborto de la sumisión al estamento médico, sino la posibilidad de convertirlo en una rutina, sin dimensión psicológica ni responsabilidad ética. El aborto químico traería de ese modo la trivialización del aborto como evento humano. Quedaría despojado del dramatismo y la tensión inherentes al aborto quirúrgico, para venir a ser algo irrelevante, como tratar una parasitosis intestinal: todo consiste en ingerir unas pastillas y esperar sus efectos. El aborto químico, farmacológico, está diseñado para desdramatizar la terminación del embarazo, para abaratarla a nivel afectivo, racional y ético, pues reduce al embrión a una entidad anónima, inadvertida, sin historia, semejante a la de un parásito que se elimina con la ayuda de un fármaco.

5. El problema social del aborto y sus implicaciones jurídicas: Las leyes abortistas y la responsabilidad de los parlamentarios católicos.

Advierte Juan Pablo II, en *Evangelium vitae* 73, que las leyes, ilegítimas que despenalizan o descriminalizan el aborto, no sólo no crean obligaciones de conciencia, sino que "establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas".

Una primera forma de oposición es la objeción de conciencia. Aunque de la objeción de conciencia se ha tratado en el Tema 4, conviene aquí hacer unas breves consideraciones. Forma parte de la mentalidad cristiana actuar como ciudadanos ejemplares y cumplir las normas y mandatos de las autoridades públicas legítimamente constituidas. Pero es parte del ejercicio de la libertad con que Cristo nos liberó resistir las órdenes que se oponen a la ley de Dios, a quien se ha de obedecer antes que a los hombres (*Hch* 5, 29).

~~La verdadera objeción de conciencia nace del amor a Dios, del reconocimiento de su absoluta soberanía. No tiene que ver con la política de partidos, ni con la disidencia civil o la pugna por las libertades individuales. Pero es también expresión de uno de los derechos humanos más fundamentales: del derecho a la libertad religiosa e ideológica. El derecho a objetar en conciencia se cuenta entre los avances más sobresalientes de la ética ciudadana de nuestro tiempo: aparece en las constituciones de los estados modernos como signo emblemático de la madurez moral de las sociedades avanzadas. Y, sin embargo, es un derecho que, a veces, se ve preterido: la conciencia del objetor es sacrificada al imperativo de las ideologías o a los excesos de la burocracia administrativa. Pone a quien objeta en situaciones extremas: o se somete al mandato de la autoridad y abdica de su conciencia, o, por seguir la ley de Dios y responder a su gracia, corre el riesgo de arruinar su carrera profesional y el bienestar de los suyos. Las cosas no tendrían porqué ser así necesariamente.~~

La objeción al aborto es signo del respeto a toda vida humana y a la dignidad del ser humano todavía no nacido. Amparado por su derecho, el objetor ha de expresar simplemente que la repugnancia moral que siente hacia el aborto es tan radical que nada en el mundo, ningún premio o amenaza, podrá forzarle a realizarlo. Y eso ha de declararlo con civilidad, serenamente, con firmeza y comedimiento, pues lo único que pretende es ser pacíficamente dispensado de esa acción, sin que, a consecuencia de esa conducta suya, tenga que sufrir discriminaciones injustas o renunciar a sus derechos legítimos. La firmeza del objetor no es altanera ni insultante: es testimonio de unas convicciones racionales que forman el núcleo íntimo de su identidad moral.

En el mismo punto 73 de EV, Juan Pablo II trata de una cuestión nueva, relacionada marginalmente con la sociología y la política del aborto: enseña acerca de la actitud que han de seguir los fieles, como electores o como miembros del poder legislativo, en la preparación y debate de una ley intrínsecamente injusta que, por ejemplo, legalizara el aborto. Enseña al papa que no sólo nunca podrá ser lícito someterse a una de esas leyes, sino que tampoco lo es tomar parte en campañas de opinión a favor de una ley semejante o darle el sufragio del propio voto. Esas acciones son incompatibles con la fe y la moral católicas: no cabe cooperar en la promoción de leyes que autorizan o imponen conductas intrínsecamente malas

Se plantea entonces el Papa el problema de conciencia de los parlamentarios cuyo voto pudiera jugar un papel decisivo en la aprobación de leyes que pretenden restringir el número de abortos: bien sea la modificación de una ley permisiva ya en vigor para hacerla más restrictiva; ya sea para aprobar un determinado proyecto de ley que es más restrictivo en comparación con otros proyectos alternativos, que serían sancionados. Es el caso, por ejemplo, de sociedades que han pasado – o podrían pasar -- por la amarga experiencia de legislaciones muy permisivas, y en las que es posible introducir alternativas más limitadas. Aprovecha el Papa la ocasión para dar doctrina sobre las condiciones en que sería permisible -- y aún obligado -- cooperar en la votación de un texto legislativo que trata de limitar las consecuencias negativas de una legislación perversa. Dice literalmente la encíclica: “cuando no sea posible evitar o abrogar completamente una ley abortista, un parlamentario, cuya absoluta oposición personal al aborto sea a todos clara y notoria, puede lícitamente ofrecer su apoyo a propuestas encaminadas a *limitar los daños* de esa ley y disminuir así los efectos negativos en el ámbito de la cultura y de la moralidad pública. En efecto, obrando de este modo no se presta una colaboración ilícita a una ley injusta; antes bien se realiza un intento legítimo y obligado de limitar sus aspectos inicuos”.

No dice la encíclica que un parlamentario católico pueda votar a favor de una ley que legalizara el aborto en condiciones restrictivas: una ley así sigue siendo gravemente injusta y no puede ser apoyada en absoluto, porque en tal caso estaríamos ante una cooperación formal a una grave injusticia. Lo que el Papa dice es que un parlamentario, radicalmente opuesto al aborto, que no puede abrogar completamente, pero sí parcialmente, una ley gravemente injusta, puede y generalmente debe hacerlo, siempre que no cause escándalo y que no se haga realmente responsable de que sigan en vigor las disposiciones legislativas injustas que no consigue abrogar. Esa conducta no puede considerarse como colaboración con una ley abortista (no es

~~«cooperación al mal»), sino como ejercicio del deber de suprimir, en cuanto es posible, una ley gravemente injusta.~~

Para ver un tratamiento matizado de este importante asunto, ver: Rodríguez Luño, A. El parlamentario católico frente a una ley gravemente injusta. *Osservatore Romano*, 20 de septiembre de 2002, pp. 9-11; también en: [http://www.eticaepolitica.net/eticapolitica/arl_ev73\[es\].pdf](http://www.eticaepolitica.net/eticapolitica/arl_ev73[es].pdf).

Tema 8. Otras cuestiones morales en relación con el embarazo.

1. Introducción

Se consideran en este tema tres cuestiones éticas relacionadas con la gestación humana. Aunque independientes entre sí, comparten un rasgo común: constituyen, en mayor o menor medida, problemas bioéticos y teológico-morales intensamente debatidos. Lo mismo que con el aborto, está aquí en juego el valor de la vida humana prenatal y el respeto que le es debido.

La primera cuestión, el embarazo ectópico, es materia tratada ya en la teología moral clásica. Aunque suele presentarse en embarazos naturales, su incidencia ha aumentado recientemente por efecto de la contracepción y la reproducción asistida. El embarazo ectópico se acompaña prácticamente siempre de la muerte del embrión, y supone, en frecuentes ocasiones, una seria amenaza para la vida de la mujer gestante. Eso lo hace moralmente problemático, pues el médico se ve enfrentado a un angustioso dilema ético: para salvar la vida de la madre, tendría que anticipar la muerte del embrión, acabar su precaria vida, indefectiblemente abocada a la muerte, pero que es, a pesar de ello, una vida humana que no puede ser directamente sacrificada. Por ello, el problema teológico moral se centra en determinar, entre las diferentes intervenciones médicas posibles, cuales son conformes con la moral cristiana, y cuales no lo son.

El segundo asunto corresponde a la llamada reducción embrionaria. Consiste ésta en provocar, en caso de embarazos múltiples, la muerte de uno o varios embriones o fetos, con el propósito de evitar los riesgos que, para la vida de madre y fetos, presentan los embarazos multigemelares. La reducción embrionaria es asunto relativamente nuevo, introducido para hacer frente a los casos de gestación múltiple causados por algunas técnicas modernas para tratar la infertilidad: muchos casos son efecto de terapias con hormonas que provocan la liberación de muchos óvulos, que, si son fecundados en una relación sexual, se implantan en gran número; otras veces, resultan de la transferencia, en casos de fecundación in vitro, de un número alto de embriones. Se plantea entonces la eliminación, mediante inyección letal guiada ecográficamente, de parte de los embriones para evitar las consecuencias, a veces catastróficas, de la gemelaridad elevada. Aquí, el problema teológico moral, consiste en refutar los argumentos que justifican el embriocidio múltiple en beneficio de la madre y de los embriones residuales.

La última cuestión se refiere al complejo tema del diagnóstico prenatal. Como los demás seres humanos, los embriones in vitro y los fetos en gestación, están sujetos a enfermedades que el médico ha de diagnosticar y tratar en la medida de lo posible. Pero, contra esos propósitos que la genuina ética médica señala, el diagnóstico prenatal y el diagnóstico preimplantatorio se han ido convirtiendo en instrumentos de selección que destinan a la muerte (aborto eugénico, aborto in vitro) a aquellos embriones y fetos que, por tener defectos, no son aceptados. Se trata de una forma de discriminación que ofende de modo particular la dignidad humana, pues viene a significar que los no nacidos enfermos carecen del derecho humano a vivir.

(Nota: los términos embrión y feto se refieren a dos periodos sucesivos del desarrollo prenatal. Según el uso médico dominante, se habla de embrión hasta las doce semanas. Después, hasta el final del embarazo, se habla de feto).

2. El embarazo ectópico.

Aspectos médicos. En el embarazo ectópico, el embrión se implanta fuera de su lugar normal, que es el cuerpo del útero. Asienta entonces casi siempre en la trompa de Falopio (97%); y sólo muy raras veces en el ovario, la cavidad abdominal, el cérvix uterino, el ligamento ancho y otros sitios excepcionales. Eso justifica que en lo que sigue se hable sólo del embarazo tubárico.

Este se da en 1 ó 2 de cada 100 embarazos. Desde hace años. Esa tasa tiende a aumentar por efecto de varios factores (mayor prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de contraceptivos progestágenos y el empleo de técnicas de reproducción asistida).

El embarazo ectópico puede ser de curso clínico muy variable. Con frecuencia, transcurre con silencio sintomático o con manifestaciones clínicas leves. Muchas veces, sin embargo, destruye la pared de la trompa, corroe vasos sanguíneos y provoca cuadros clínicos alarmantes de hemorragia intraperitoneal, que pueden ser graves y aún mortales (4 muertes por cada 10.000 casos, en los países avanzados). El embarazo ectópico es la primera causa de muerte materna en las mujeres jóvenes.

La mortalidad embriofetal es prácticamente del 100%, ya sea espontánea, ya inducida por el tratamiento, farmacológico o quirúrgico. Sólo un número excepcionalmente pequeño de fetos ectópicos alcanzan la viabilidad; pero son todavía más raros los que sobreviven tras su extracción quirúrgica, pues suelen presentar importantes trastornos del desarrollo.

El diagnóstico es hoy fácil, pues los médicos acostumbran a sospechar el embarazo ectópico ante cuadros de dolor abdominal en mujeres de edad fértil. La ecografía es de gran valor diagnóstico. La evolución del cuadro puede supervisarse mediante determinaciones seriadas de la hormona del embarazo (β -hCG) en la sangre y la exploración ecográfica de alta resolución.

En los casos evolutivos, es decir, en los que no se resuelven espontáneamente por muerte del embrión y reabsorción del saco gestacional, la enfermedad ha de ser tratada a tiempo, para evitar las citadas hemorragias graves, a veces cataclísmicas.

El tratamiento varía, según las circunstancias. En principio, para los casos sin señales de alteración hemodinámica ni síntomas abdominales, el médico puede optar por el tratamiento expectante: sigue de cerca la evolución, y no interviene, a no ser que sobrevenga alguna señal clínica de alarma. Es también posible usar la medicación con metotrexato, un agente quimioterápico que destruye el trofoblasto placentario, provoca la muerte del embrión y frena el proceso de corrosión de la trompa. En casos de curso clínico más agresivo, se ha de recurrir al tratamiento quirúrgico, del que hay diferentes métodos (acceso por laparoscopia o por vía abdominal; extracción del saco gestacional mediante la técnica conservadora de la salpingotomía; extirpación de la trompa con el embrión, mediante la técnica radical de la salpingectomía).

Los resultados de esas técnicas son bastante semejantes en lo relativo a la mortalidad materna, la fertilidad conservada, y la repetición de un nuevo embarazo ectópico. De modo general, sin embargo, se puede afirmar que la cirugía abierta es más eficaz que la laparoscópica, que los procedimientos quirúrgicos dan mejores resultados que el metotrexato, y que la salpingectomía es superior en muchos aspectos a la salpingotomía.

Aspectos éticos significativos. Los problemas morales del embarazo ectópico se centran en la elección entre las opciones terapéuticas (tratamiento expectante, metotrexato, salpingectomía, salpingotomía) según su conformidad con el criterio básico de respeto a la vida humana, a la de la madre y a la del feto.

Cuando el médico opta por el **tratamiento expectante**, el embarazo ectópico se resuelve espontáneamente en la mitad o los dos tercios de los casos. Pero, justamente por ser expectante,

este tratamiento exige una actitud de alerta permanente, tanto en la paciente como en el médico, que ha de estar disponible para intervenir si se presentaran signos de hemorragia intraabdominal. Es una conducta no libre de riesgos.

En el contexto actual de la práctica médica, el tratamiento expectante no goza de la popularidad que le corresponde en justicia. Muchos médicos, para evitar situaciones arriesgadas (para la vida de la mujer, de posibles litigios judiciales para ellos mismos), prefieren ignorar el valor de la precaria vida del embrión ectópico y proceden directamente a su destrucción para optimizar las perspectivas clínicas. Diagnosticado el embarazo ectópico, y ya antes de que se presenten complicaciones, suelen aplicar, como primera opción, el **tratamiento farmacológico con metotrexato**, que, aunque no libre de efectos secundarios, está reconocido como muy eficaz. El metotrexato, al destruir el trofoblasto, suele causar la muerte del embrión. En los casos en que el metotrexato falla, es necesario completar el tratamiento con una intervención quirúrgica.

Para muchos teólogos, usar metotrexato equivale a provocar la muerte directa del embrión, una acción moralmente ilícita, incluso cuando incide en un ser que está condenado a morir, pero todavía vivo. Para otros moralistas, tal muerte sería una muerte indirecta, pues la intención del médico no es destruir el embrión, sino sólo el trofoblasto, un tejido extraembrionario. Esta es una interpretación cuestionable, pues el trofoblasto es un órgano vital para el embrión y propio de él; no es un órgano de origen materno, sino que, desarrollado por el propio embrión, desempeña funciones esenciales, vitales para él: a través del trofoblasto el embrión respira, absorbe sustancias y las elimina, envía mensajes a la madre que mantienen el embarazo, curiosamente, también lo aísla inmunológicamente de la madre para no sufrir de ella el rechazo inmune. A un médico que profese un respeto pleno por la vida humana le ha de repugnar el uso del metotrexato para tratar el embarazo ectópico mientras el embrión vive.

En la **salpingotomía** se procede a hacer una incisión lineal en la trompa, para acceder al saco embrionario, que es extraído cuidadosamente. Si el embrión está vivo, sufre una muerte directa a consecuencia de esa extracción. Aunque en la reflexión teológica más reciente, se ha argüido a favor de la licitud de esa intervención, en la teología moral clásica, se la tiene por ilícita.

En el embarazo ectópico, la **salpingectomía** -- ya sea la extirpación total de la trompa, ya la extirpación parcial del segmento que contiene el saco embrionario -- es tenida como intervención moralmente aceptable, tal como se desprende de una aplicación del principio del doble efecto: se extirpa aquí un órgano patológico (la trompa dañada por el saco gestacional) que amenaza la vida de la mujer. La extirpación de una trompa patológica es una acción buena en sí y proporcionada a la gravedad del caso; trae, como efecto colateral, la muerte del embrión, pero no como un efecto directo y buscado en sí mismo, sino sólo como un efecto indirecto, previsto, pero no provocado intencionadamente.

El sueño de la reimplantación del embarazo ectópico en la cavidad uterina. Se ha hablado en ocasiones de un tratamiento imaginario: la posibilidad de transferir el saco embrionario de su sede ectópica a su lugar natural, la cavidad uterina. Las dificultades teóricas y prácticas de esa propuesta han de tenerse como insuperables. Se han referido en la bibliografía unos pocos casos de éxito, pero ninguno ha sido validado; algunos resultaron ser fraudulentos.

3. La reducción embrionaria.

Aspectos médicos. Como ya se indicó en la introducción, hoy es posible, en casos de gestación múltiple, provocar la muerte selectiva de uno o varios embriones o fetos mediante la llamada reducción embrionaria o fetal. Para ello, bajo guía ecográfica, tridimensional preferiblemente, se punciona el cuerpo del embrión y se le inyecta un pequeño volumen de una solución de cloruro potásico o de cloruro sódico, de lo que se sigue la muerte del embrión o feto. Se puede igualmente proceder a succionar tejidos del embrión a través de la aguja de punción. Es también posible provocar la muerte del embrión puncionando sin más el corazón hasta que éste deja de

~~latir. Estos dos últimos procedimientos evitan la inyección de sustancias que pudieran afectar a otros embriones y causar problemas a la madre.~~

En casos de gestación múltiple, la reducción embrionaria suele hacerse en las semanas 11 ó 12 de gestación. La reducción de fetos después de la semana 16 de gestación se acompaña de un incremento al triple de las complicaciones en comparación a las practicadas en fetos más jóvenes. Los embriones seleccionados para la reducción suelen ser, por conveniencia técnica, los situados en la parte alta del útero, o los que presentan alguna anomalía, en caso de que ésta hubiera sido detectada.

El seguimiento ecográfico permite no sólo comprobar la muerte de los embriones inyectados, sino también seguir el desarrollo ulterior de los que no han sido suprimidos. La reducción de uno o varios embriones pone en peligro, por diversos mecanismos, la supervivencia de los restantes. Es frecuente que, a consecuencia de la reducción embrionaria, el embarazo se malogre en alrededor del 10% de los casos, o que, en más del 50%, el parto se anticipe.

En principio, esta técnica se aplica en tres situaciones diversas: 1. para reducir el número elevado de embriones en casos de gemelaridad de alto grado; 2. para eliminar un embrión o feto malformado o con enfermedad genética: es la llamada reducción selectiva; y 3. la reducción electiva, que se practica por diferentes motivos: por mera conveniencia médica de evitar los riesgos de una gestación doble; para seleccionar el sexo de la criatura en casos de gemelos de sexo diferente; o, como es más común, por razones socio-económicas y psicológicas, a fin de evitar las incomodidades y costos de criar dos o más hijos, en lugar de uno.

Reducción embrionaria para casos de gestación múltiple de alto grado. Se ha de tener en cuenta que la gestación múltiple es causa de mucha prematuridad, deficiencia del desarrollo fetal, aborto espontáneo y muerte perinatal. Aunque la reducción embrionaria se había desarrollado para efectuar feticidios selectivos en casos de que uno de los gemelos presentara malformaciones irreparables o trastornos genéticos graves, se ha llegado a establecer como su principal indicación la gestación múltiple de alto grado: por ejemplo, para reducir 6, 5 ó 4 embriones a 2 ó 1.

Parece, sin embargo, que tal indicación tiene sus días contados, pues el número de embarazos gemelares de alto grado está disminuyendo rápidamente. En efecto, esos embarazos son, en gran medida, consecuencia de intervenciones médicas de reproducción asistida. Constituyen ejemplos de daño iatrogénico, que deberían ser evitados por mera profesionalidad. En razón de los riesgos éticos, biológicos y psicológicos que conllevan tanto los embarazos múltiples como la misma reducción embrionaria, los organismos reguladores y las sociedades científicas han dictado recientemente normas para la prevención de esa desgracia evitable, pues se cuenta para ello con los adecuados conocimientos y técnicas. No es aceptable hoy, en contraste con lo que ocurría años atrás, dar por buena la práctica de enmendar, mediante el grave error ético de la reducción fetal, el grave error ético de la gestación múltiple.

Además, este tipo de reducción embrionaria no está libre de riesgos. Puede suceder a veces que sea peor aquí el remedio que la enfermedad; es decir, las vidas humanas perdidas en los casos de embarazos malogrados a consecuencia de la reducción embrionaria pueden ser más numerosas que las que se pierden como resultado de la evolución espontánea de las gestaciones múltiples.

Reducción selectiva de embriones o fetos dañados por enfermedades genéticas o malformaciones. La aplicación de las técnicas de diagnóstico prenatal a las gestaciones gemelares revela en ocasiones que uno de los dos embriones o fetos está sano y el otro dañado. Por ejemplo, uno puede sufrir el síndrome de Down, mientras que el otro es normal. La reducción selectiva tiene por objeto terminar la vida del feto anómalo, con la pretensión de mejorar las condiciones de la gestación del gemelo sano, obviando el aborto de ambos. Suele practicarse este tipo de reducción en el segundo trimestre del embarazo, pues sólo entonces se puede tener suficiente seguridad diagnóstica.

~~Reducción electiva. Ya se señalaron arriba los motivos de conveniencia, comodidad, o incluso capricho, que pueden aducirse para la reducción selectiva. Algunos especialistas, invocando razones de optimización de la asistencia obstétrica (mejorar el pronóstico de los fetos restantes, reducir los riesgos maternos), han llegado a ofrecer la opción de una reducción electiva (de 3 a 2 o a 1, de 2 a 1) como parte de la información obligada que se ha de dar a las mujeres dentro del consejo prenatal.~~

Aspectos ético-morales. La Instrucción de la Congregación para la Doctrina de la fe, *Dignitas personae*, trata en su punto 21 de la reducción embrionaria, sobre la que emite un juicio moral negativo. Vistas las cosas desde una óptica humana, la decisión de suprimir seres humanos que con anterioridad han sido intensamente deseados representa una paradoja, que a menudo se asocia a sufrimientos y sentimientos de culpa que pueden durar años. Desde el punto de vista moral, *la reducción embrionaria es un aborto intencional selectivo*. Se trata, en efecto, de una eliminación deliberada y directa de uno o más seres humanos inocentes en la fase inicial de su existencia, y como tal constituye siempre un desorden moral grave”.

Considera con brevedad la Instrucción las justificaciones que se han aducido para validar éticamente la reducción embrionaria. Consisten, de una parte, en analogías con catástrofes naturales o situaciones de emergencia en las que, a pesar de la buena voluntad, no es posible salvar a todas las personas implicadas. Cabe suponer que, entre las analogías a las que la Instrucción alude podrían contarse la del “bote salvavidas” y la de la enmienda del error médico. Según la primera, el útero ocupado por un gran número de fetos en desarrollo podría equipararse a un bote salvavidas tan sobrecargado de naufragos que corre el peligro de hundirse: para que algunos puedan sobrevivir, otros han de ser arrojados al mar. De modo análogo, se han de desalojar del útero algunos ocupantes, pues, en caso contrario, todos, incluida la madre, correrían riesgos muy graves de sucumbir. La otra analogía es la del médico que ha cometido un error y que ha de subsanarlo en la medida de lo posible, a fin de evitar situaciones clínicas catastróficas. Por tanto, si transfirió muchos embriones al útero y se han implantado en número excesivo, tiene la responsabilidad de suprimir a algunos de ellos, a fin de garantizar la supervivencia de los restantes. No hacerlo, dice retóricamente la analogía, equivaldría a tolerar impasiblemente daños irreparables y aumentar el sufrimiento evitable en el mundo.

Esas analogías, dice la Instrucción, “no pueden fundamentar en ningún modo un juicio moral positivo sobre una práctica directamente abortiva. Otras veces se acude a principios morales como el del mal menor o el del doble efecto, que aquí no tienen aplicación alguna. Nunca es lícito -- concluye *Dignitas personae* -- realizar de modo deliberado y directo una acción intrínsecamente ilícita, ni siquiera en vistas de un fin bueno: *el fin no justifica los medios*.”

Algunos han argüido, desde una óptica utilitarista u hedonista, que la continuación de un embarazo múltiple traería al mundo niños que sufrirían por constituir una carga excesiva para los padres en razón de su número. Pero la realidad es que la reducción electiva tiene como víctimas a embriones normales, que son sacrificados para la comodidad de terceros. Plantea este tipo de reducción un problema dramático: un ser humano, y no otro, es destruido por la contingencia de estar en un sitio del útero más fácilmente accesible (por ejemplo, en la parte alta y no en la parte baja del útero, o porque el operador es zurdo y le es más fácil inyectar al embrión que está en el lado derecho del útero), o porque es de un determinado sexo y se sacrifica para equilibrar numéricamente la descendencia. No hay en esa elección ninguna razón médica, sólo casualidad o el capricho. La reducción electiva ha sido invocada paradójicamente por algunos como una intervención salvadora de vidas: si una mujer decide abortar los dos fetos de su embarazo gemelar, el médico puede proponerle la reducción embrionaria, de modo que puede salvar una vida.

En fin de cuentas, la reducción embrionaria se apoya en la idea del feto como algo poseído, como mera cosa, sobre la que se puede decidir arbitrariamente o, en el mejor de los casos, oportunistamente, para mejorar las perspectivas de un embarazo múltiple y aligerar los riesgos de la gestante. En ciertos casos, sin embargo, no se puede excluir como motivo de la reducción

~~el arrogante imperativo tecnológico, que viene a decir: "Podemos reducir, luego reducimos".~~ Eso explica que algunos obstetras, que rechazan el aborto, acepten la reducción embrionaria: no sólo porque, desde el punto de vista del formalismo legal, la reducción no es aborto, pues no se extrae el feto del útero, sino porque se crea artificialmente una distancia intencional y subjetiva entre aborto y reducción: el aborto busca la muerte fetal; la reducción trata de impedir, mediante el sacrificio de unos, la muerte de todos.

Es trágico que los protagonistas de la reproducción asistida no se hayan dado cuenta, al cabo de los años, de que la reducción embrionaria es una solución moralmente falsa, ilícita, a un problema artificial, provocado por la obsesión de conseguir altas cifras de embarazos como señal de competencia o como eslogan comercial: una obsesión que ha llevado a producir *in vitro* embriones a granel, a implantarlos en masa dentro del útero, siguiendo una lógica inhumana. No se trata a esos embriones uno a uno, como individuos humanos dignos, cada uno de ellos, del máximo respeto y veneración, sino como materia en bruto que vale sólo después de labrarla.

4. El diagnóstico prenatal.

Bajo el concepto de diagnóstico prenatal se comprenden dos campos diferentes: el diagnóstico preimplantatorio, que se hace en el laboratorio sobre el embrión *in vitro* antes de transferirlo a la madre; y el diagnóstico propiamente prenatal, que se hace sobre el feto intrauterino.

Aspectos médicos del diagnóstico prenatal. Desde hace años, las gestantes suelen acudir a las llamadas consultas prenatales para supervisar el curso de su embarazo y cuidar así de su propia salud y de la del hijo por nacer. Cuando se sospecha que algo no va bien en el desarrollo fetal, se plantea la necesidad del diagnóstico prenatal. Para ello, el médico cuenta con eficaces procedimientos técnicos: desde el análisis de la sangre de la madre en busca de ciertas moléculas y células procedentes del feto, de notable valor diagnóstico, hasta el uso de técnicas invasivas (amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, punción del cordón umbilical, fetoscopia), pasando por la ecografía, un proceder no-invasivo de enorme eficacia. Algunas de esas técnicas, en concreto las invasivas (amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, cordocentesis y fetoscopia) no son inocuas, por lo que padres y médicos están obligados a ponderar si su uso se funda en razones graves y proporcionadas, pues conllevan un contingente, pequeño pero éticamente significativo, de daño o muerte fetal. El uso, y también el abuso, de esas técnicas produce la muerte de un número no pequeño de fetos normales, sacrificados tanto por el empeño de los padres de asegurarse más allá de toda duda de que su hijo vendrá sin defectos, como por la precaución de los médicos de alejar de sí el riesgo de ser llevados a juicio por no haber evitado el nacimiento de un niño defectuoso.

Por fortuna, en la gran mayoría de las ocasiones, la angustiada sospecha de enfermedad fetal no se confirma y la preocupación da lugar a la alegría de saber que todo está en orden: se ha afirmado que la función principal del diagnóstico prenatal es, a la vez, crear altos niveles de ansiedad en los padres, para darles a continuación buenas noticias: todo queda en una falsa alarma o en el diagnóstico de una anomalía leve que podrá ser resuelta después del nacimiento. Pero, ocasionalmente, el diagnóstico corresponde a enfermedades serias o fatales, que plantean posibilidades diversas: bien anticipar el parto para tratar al prematuro antes de que se produzcan daños irreversibles o incluso la muerte fetal; bien tratar la enfermedad ya antes del parto para curarla o aliviarla a través de la madre con medicinas, dieta, o, incluso, echando mano de la cirugía intra-útero; bien, finalmente, reconocer que nada hay que hacer pues la enfermedad lleva inevitablemente a la muerte fetal, antes del parto o después de él.

Se plantea justamente entonces una disyuntiva radical: prolongar la gestación hasta su término natural, o practicar el aborto; es decir, aceptar al feto como a un ser humano gravemente enfermo o incurable, o eliminarlo como algo biológicamente despreciable.

Es esa conexión con el aborto el problema moral más importante, aunque no el único, que plantea el diagnóstico prenatal: marca con unos rasgos específicos a la medicina materno-fetal. El feto-paciente no puede tomar la iniciativa de consultar al médico, ni consentir a las propuestas de éste. Tampoco puede recibir directamente el correspondiente tratamiento. Todo (exploraciones diagnósticas o tratamientos) ha de solicitarlo o recibirlo por mediación de la madre. La díada materno-fetal es una realidad tanto biológica como ética: el médico se encuentra ante dos pacientes, madre y feto, a los que ha de atender y respetar por igual. Pero a uno de ellos, al feto, sólo puede acceder a través del otro, la madre.

Aspectos éticos. El juicio expresado por el Magisterio sobre la licitud del diagnóstico prenatal es afirmativo a condición de que se oriente a la curación del feto y a la protección de su vida (*Donum vitae* I, 2.). Aclara la Instrucción que el diagnóstico prenatal “es lícito si los métodos utilizados, con el consentimiento de los padres debidamente informados, salvaguardan la vida y la integridad del embrión y de su madre, sin exponerles a riesgos desproporcionados”. Esos riesgos han de ser sopesados cuidadosamente: no es lícito usar técnicas invasivas que conlleven un contingente, pequeño pero éticamente significativo, de daño o muerte fetal, si no hubiera razones graves y proporcionadas para hacerlo.

El diagnóstico prenatal choca con la ley moral cuando incluye la opción de provocar el aborto del feto si éste aparece afectado por malformaciones o enfermedades hereditarias o adquiridas. Una mujer comete una acción gravemente ilícita cuando solicita la práctica del diagnóstico prenatal, no para determinar la enfermedad que sufre el feto y poder tomar, antes o después del parto, las medidas que lo curen o lo alivien, sino con el decidido propósito de abortarlo en caso de que se confirmara la existencia de una malformación o anomalía. Igualmente, incurren en un grave error moral quienes aconsejasen o impusiesen tal conducta. Tal es el caso del médico, que, al comunicar los resultados de un estudio diagnóstico, contribuyese voluntariamente a favorecer la conexión entre diagnóstico prenatal y aborto y aconsejara la terminación del embarazo.

En *Donum vitae* se condenan finalmente como violación del derecho a la vida de quien ha de nacer y como transgresión de los prioritarios derechos y deberes de los cónyuges, los programas de mentalidad eugenésica, promovidos por autoridades civiles y sanitarias, o por organizaciones científicas, que favoreciesen de algún modo la conexión entre diagnóstico prenatal y aborto, o indujesen a las gestantes a someterse al diagnóstico prenatal planificado, para así poder eliminar los fetos defectuosos o portadores de malformaciones o enfermedades hereditarias.

Conviene hacer una breve referencia acerca de la información que los médicos y genetistas han de dar a los padres: no se ha de limitar su tarea a simplemente comunicar las anomalías ecográficas, bioquímicas o genéticas detectadas, sino que han de informar de cómo es la vida de esas criaturas, los cuidados que han de dárseles y las posibilidades de tratamiento. A la vista de esos datos, han de aconsejar. No se puede olvidar que, una vez que la ley autoriza el aborto del feto enfermo, es muy fácil perder la objetividad. Es muy difícil aconsejar ecuanímente, porque el médico necesariamente tendrá acerca del aborto una opinión, favorable o contraria. Es ilusorio hablar de consejo prenatal neutro. El médico recto, respetando la libertad de los padres, ha de aconsejar abiertamente a favor de la vida. Con delicada firmeza, ha de saber transmitir la doctrina que brilla en *Evangelium vitae* 63, que contrapone a la ignominiosa mentalidad eugenésica el valor y la serenidad con que tantos seres humanos, afectados por graves formas de minusvalía, viven su existencia cuando son aceptados y queridos: ellos son un “testimonio particularmente eficaz de los auténticos valores que caracterizan la vida y que la hacen, incluso en condiciones difíciles, preciosa para sí y para los demás.”

Aspectos médicos del diagnóstico preimplantatorio. Desde el comienzo de la aplicación clínica de la fecundación in vitro, los médicos y biólogos han procurado seleccionar, entre los embriones disponibles, los que ofrecen una apariencia morfológica más prometedora o una composición genética libre de defectos. Lo hacen para que nazcan niños sanos, y también para poder publicar tasas de éxito altas y prestigiarse a sí mismos. El interés por la “calidad” de los embriones llevó a establecer baremos, más intuitivos que comprobados, para puntuar a los

~~embriones según sus características visibles. De ese modo, se podían desechar los embriones que quedaban por debajo de un nivel arbitrario y no “daban la talla”. Hoy, una vez desarrolladas las técnicas para el diagnóstico genético de los embriones in vitro, se confía más en el diagnóstico genético preimplantatorio.~~

Suele hacerse mediante el análisis de células obtenidas por biopsia: casi siempre de uno o dos blastómeros tomados del embrión de ocho células (día 3 del desarrollo); más raramente, se estudian los corpúsculos polares tomados de la fase de cigoto; es también posible biopsiar células del trofotodermo en la fase de blastocisto. Las células biopsiadas son estudiadas para detectar visualmente aberraciones cromosómicas (es muy eficaz la técnica FISH, hibridización in situ con fluorescencia) o mutaciones génicas a nivel molecular (con la técnica PCR -- reacción en cadena de la DNA-polimerasa). Se determina así qué embriones están libres de alteraciones (aneuploidías, genes responsables de enfermedades monogénicas), para transferirlos a la madre; los embriones enfermos son, por el contrario, directamente desechados. Es también posible determinar el sexo de los embriones, lo que permite eliminar los embriones de sexo no deseado o los portadores de enfermedades ligadas a los cromosomas sexuales.

Dadas las limitaciones del diagnóstico genético preimplantatorio, suele recomendarse que se haga, con las técnicas del diagnóstico prenatal, un seguimiento de los embriones transferidos a lo largo de su desarrollo prenatal, para confirmar su normalidad o, en caso contrario, proceder a abortarlos.

Aspectos éticos. Entre los biólogos y médicos domina la idea, falaz y utilitarista, de que el diagnóstico preimplantatorio seguido de selección embrionaria (transferencia de unos embriones escogidos, y abandono de los desechados) es éticamente aceptable. Arguyen que la eliminación de los microscópicos embriones in vitro no provoca rechazo ni repugnancia en la sociedad, y que es, para las familias, en especial para las madres, mucho menos dolorosa y traumática que el diagnóstico prenatal y el aborto en un embarazo más o menos avanzado.

La inevitable conexión entre diagnóstico preimplantatorio y fecundación in vitro lo hace, ya de entrada, moralmente ilícito. Esa ilicitud se incrementa por lo que tiene de manipulación de la vida humana incipiente: muchos embriones sucumben en el curso del mismo diagnóstico preimplantatorio, y los embriones diagnosticados como anormales o sospechosos de anormalidad son sistemáticamente eliminados. Y eso también se hace en los casos de diagnóstico selectivo de sexo embrionario: muchos embriones normales son desechados porque no son del sexo deseado por los padres.

El diagnóstico preimplantatorio tiene otras derivas rechazables desde una perspectiva moral. Una, que ya se practica hoy, es la creación de los “niños medicamento”, que son producidos para servir de reservorio celular o tisular a sus hermanos enfermos. Otra, aplicada en raras ocasiones como uso capricho de la técnica, es la selección y transferencia de embriones con defectos genéticos, asociada al correspondiente rechazo de los embriones normales: es lo que han hecho unos padres sordos que sólo querían tener hijos igualmente sordos. Otra deriva, reservada para más adelante, es la utopía de producir niños superiores, mediante una eugenesia positiva basada en el diagnóstico e ingeniería de los genes: una vez identificados los determinantes genéticos de ciertas propiedades “deseables”, físicas o psicológicas, los correspondientes genes podrían ser insertados en el genoma del embrión in vitro, para producir así “super-individuos” de un futuro transhumano. Estos ejemplos muestran cómo se va implantando en las familias y la sociedad una mentalidad consumista, a la que ciertos médicos responden con complacencia.

Dignitas personae, en su punto 22, afirma que la aplicación eugenista del diagnóstico preimplantatorio trata al embrión humano como simple material de laboratorio y daña gravemente el concepto mismo de dignidad humana. Valiéndose de herramientas científicas de notable precisión, se da una apariencia respetable a la eliminación de seres humanos, enfermos o no, como si formaran una categoría subhumana, que es puesta aparte y destruida.

Tema 9. El cuidado de la vida y de la salud

1. Introducción

En la tradición cristiana, la vida y la salud se tienen como un regalo que cada uno de nosotros ha recibido de Dios: un regalo que no podemos dilapidar como si fuéramos sus dueños absolutos, sino que hemos de aceptar con agradecimiento y usar con cordura, como administradores prudentes de algo que nos es prestado y de lo que hemos de dar cuenta.

Esta idea tiene implicaciones muy importantes para la ética de la medicina. La famosa cláusula *primum non nocere*, de inspiración hipocrática, e introducida en la bioética moderna como principio de no-maleficencia, encarna un primer aspecto, negativo pero fundamental: el primer deber del médico es no menoscabar la salud, no destruir la vida. De ahí nace la prohibición de cualesquiera acciones que causen daño grave y gratuito al cuerpo o a la psique propios o ajenos. Pero la idea de la vida y la salud como regalo recibido de Dios tiene, sobre todo, implicaciones positivas, incorporadas en el principio de beneficencia, que señala a todos el deber de cuidar la salud. Este principio asigna al médico el encargo vocacional de proteger y conservar la salud física y mental de los sanos, y especialmente de restituir las de los enfermos, en el respeto de la dignidad de las personas y en la consideración del bien común.

De las implicaciones bioéticas del cuidado y promoción de la salud tratan este tema y el siguiente. No se ha de olvidar, sin embargo, que esa tarea no es cosa exclusiva de los médicos. Su papel en este campo ha sido y es más bien modesto, pues la promoción del bienestar humano depende preponderantemente de factores socio-económicos, como son la familia, la vivienda, la educación, la alimentación, el empleo, o la higiene pública.

La moral cristiana, que exige respetar la vida corporal y la salud humana, no hace de ellas un valor absoluto, superior a todos los demás. No las gradúa según su calidad. A imitación de Dios, Padre de todos, acoge a todos los seres humanos, y tiene sus vidas como algo precioso, a pesar de los quebrantos de su salud. Esa actitud respetuosa y realista de lo que es la salud y su cuidado contrasta con la mentalidad radical de la calidad de vida que lleva de modo inevitable a la conclusión de que hay vidas tan carentes de calidad que no merecen ser vividas. Contrasta también con el concepto ilusorio de salud promovido por la OMS con su conocida definición: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Contrasta, finalmente, con el extendido concepto neopagano del culto al cuerpo, de la idolatría de la perfección física. Esas mentalidades, utópicas y hedonistas, tan dominantes en ciertas esferas de la sociedad actual, tienden a segregar a los seres humanos en fuertes y débiles, a distinguir entre vidas dotadas de calidad y carentes de ella. Esas mentalidades pueden pervertir las relaciones humanas (Cfr. CCE 2288 y 2289).

2. La prevención de la enfermedad

Se ha de dar por cierto que, en general, más vale prevenir que curar. La medicina preventiva y la salud pública pueden presentar un incalculable activo de enfermedad, sufrimientos y muertes evitadas. Gracias a la vacunación, tipo paradigmático de intervención preventiva, se han erradicado algunas enfermedades (viruela, poliomielitis), terriblemente mortíferas o incapacitantes en el pasado; y es posible, en el presente, eliminar o atenuar la amenaza de pandemias. Gracias a otras medidas preventivas (alimentación, estilos de vida, supresión de tóxicos, asistencia sanitaria en catástrofes, aislamiento de enfermos contagiosos, prevención con fármacos) se ha reducido la agresividad de muchas enfermedades y rescatado incontables vidas humanas. Y, es cosa segura, el potencial benéfico de la medicina estará más en el desarrollo de sus actividades preventivas que en el de las tecnologías terapéuticas.

La prevención de la enfermedad tiene una dimensión individual. El CCE 2290 recuerda que la virtud de la templanza induce a evitar toda clase de excesos, entre los que especifica la comida, el alcohol, el tabaco y las medicinas. El Magisterio ha señalado que hay una obligación moral de poner los medios para disminuir los riesgos propios y ajenos (conducción prudente, cinturón de seguridad, cascos en ciclistas, deportes de riesgo). El deber de minimizar riesgos se hace más intenso en ciertas situaciones, como son la relación de la gestante con el feto, o la del médico con sus pacientes. Sin embargo, el cuidado de la salud no puede convertirse en una obsesión ni originar hábitos o “manías” que aplasten la libertad o apaguen la alegría del vivir cotidiano.

El cuidado y promoción de la salud tiene también una dimensión pública, directamente relacionada con el bien común y la virtud de la justicia. Ha de facilitar el acceso de todos a la atención médica y promover una eficiente, justa y equitativa asistencia sanitaria. La salud pública, que afecta a la salud de todos, establece deberes éticos específicos: de evaluación e información objetiva, no infundada ni alarmista, de las situaciones de peligro sanitario, de modo que las personas puedan asumir sus responsabilidades. Es necesario informar a la población de los avances científicos y hacerlo con veracidad y ponderación, sin incurrir en promesas infundadas, ni eludir la consideración de los graves problemas éticos y sociales que plantean y sobre los que los ciudadanos han de reflexionar en conciencia.

En último término, la prevención de la enfermedad es un problema de educación sanitaria. El contenido y el tenor ético de esa educación dependen de la visión moral que médicos y agentes sociales tengan del ser humano, en especial de la sexualidad humana, la estructura de la familia, la dignidad del trabajo, los fines de la medicina y la estructura de la sociedad. Será preciso, no pocas veces, denunciar errores u ocultaciones de la burocracia sanitaria (promoción de conductas irresponsables y permisivas entre los jóvenes), deficiencias en la protección ambiental, condiciones laborales dañinas, abandono de los desfavorecidos.

El deber de seguir las instrucciones de las autoridades sanitarias, en especial en situaciones de riesgo, no se han cumplir a ciegas. Han de ser tamizadas mediante una evaluación a la luz de la ética cristiana, pues en ocasiones imponen conductas, que aunque técnicamente eficaces, atentan contra la moral. Es el caso, por ejemplo, de las campañas llamadas de “sexo seguro”, o de la promoción de campañas de vacunación con productos obtenidos mediante líneas celulares obtenidas de embriones humanos. La salida de esas situaciones está en la búsqueda y aplicación de medidas preventivas igualmente eficaces, pero compatibles con la ética cristiana, como son la educación afirmativa de la abstinencia sexual entre los adolescentes, o el uso de vacunas “morales” como alternativa a las que usan tejidos procedentes de abortos.

3. El principio de totalidad o terapéutico

Establece el principio de totalidad criterios muy importantes para el actuar moral, pues señala la primacía del bien del todo sobre el bien de las partes. Santo Tomás, haciéndose eco de la tradición, afirmaba que la vida vale más que un simple órgano o extremidad del cuerpo, de lo que se deduce que, si una parte enferma amenaza al conjunto, es moralmente lícito eliminarla. Aunque, en apariencia, se cause una lesión al cuerpo, lo que en realidad se hace es proteger la vida del organismo entero, aunque a costa de tolerar el daño colateral de una extirpación focal.

Pío XII desarrolló, en varios discursos, la teoría y aplicaciones del principio de totalidad, tanto en la práctica médica (cirugía extirpativa, esterilización y castración terapéuticas), donde se le ha llamado también principio terapéutico, como en la experimentación biomédica. Fuera del campo bioético, se refirió también Pío XII al papel del principio de totalidad en las complejas relaciones entre los individuos, los grupos sociales y conjunto entero de la sociedad.

En palabras del papa Pacelli, estamos ante un principio fuerte: el todo, decía, “[...] es determinante para la parte y puede disponer de ella en su propio interés. Este principio fluye de la esencia de

las nociones y de las cosas y debe por ello tener valor absoluto". Aplicado al ser humano, que es, en su dimensión corpórea, un todo unitario compuesto de partes, lleva a afirmar que por el bien total de la persona es lícito privarla de un órgano o extremidad cuando no existe otro modo de conseguir ese bien. En caso de conflicto entre una parte y el todo, se ha de dar preferencia al todo. Por ejemplo, un órgano enfermo (infectado, canceroso, hiperfuncionante) que daña al organismo puede, y debe, si no hay otra alternativa, ser extirpado para salvar al paciente. Se presupone que el efecto negativo, la mutilación, queda más que compensado por el efecto positivo (bien de la supervivencia, de la salud recuperada, del alivio del dolor, de la normalización de la función).

También el principio de totalidad autoriza a intervenir sobre un órgano sano cuando la persistencia de su función perjudica al conjunto (por ejemplo, seccionar una vía nerviosa para suprimir un dolor). Ya en el siglo XVII, algunos teólogos concluyeron que una parte sana podría ser eliminada si su presencia continuada en el cuerpo suponía una amenaza para la vida o la salud del conjunto. Se exige aquí un consentimiento cualificado del paciente, consciente de que sacrifica el bien de la integridad física en aras de otro bien superior. El paciente es, al fin y al cabo, el único y decisivo administrador de su salud y de su cuerpo. Obviamente, se presupone que no hay otros medios para tratar la enfermedad y que las circunstancias del caso permiten esperar un beneficio mayor que el daño que se causa.

Hay, sin embargo, territorios donde el principio de totalidad no conserva su validez. No se lo puede invocar para la esterilización directa, esto es, para intervenciones que buscan, como fin o como medio, hacer imposible la transmisión de la vida: vasectomía, ligadura de trompas, castración, o extirpación del útero tras cesáreas repetidas para evitar así el riesgo de un nuevo embarazo. Aunque la esterilización directa busca evitar esos riesgos, ese objetivo puede alcanzarse sin sacrificar la integridad corporal actuando libre y responsablemente sobre el uso que los cónyuges hacen del matrimonio. No se ha de olvidar que el principio de totalidad, que es principio terapéutico, que no puede aplicarse a las citadas intervenciones, que carecen de ese carácter. Además, la función reproductiva como tal no es una posesión, totalmente subordinada al arbitrio del individuo: éste puede libremente usarla o no, pero no está autorizado a destruirla.

Algunos teólogos trataron de usar el principio de totalidad para justificar el uso de contraceptivos en el caso de incluir el uso ocasional de esa práctica en el marco de una vida conyugal abierta de ordinario a la vida. El principio de totalidad no respalda tal propósito. El fin procreativo es intrínseco a todos y cada uno de los actos conyugales, no solo al conjunto de la vida matrimonial. El actuar humano no está hecho de proyectos globales u opciones fundamentales, sino de actos singulares, cada uno con su objeto e intencionalidad propios. Por ello, como señaló Pablo VI (*Humanae vitae*, 14), es erróneo juzgar que un acto conyugal hecho deliberadamente infecundo, y por ello intrínsecamente deshonesto, pueda ser cohonestado por el conjunto de una vida conyugal fecunda.

Tampoco puede el principio de totalidad aplicarse a situaciones en las que la parte que ha de sacrificarse es una persona y el todo que se beneficia un colectivo social (estado, asociación, familia). No se puede eliminar a una persona en nombre del bien social, de la seguridad del Estado, o de la salud genética de la población. Tampoco se pueden usar individuos incapaces o grupos vulnerables como material de experimentación para el bien de la ciencia o el beneficio de la sociedad. El cuerpo social está al servicio de la persona individual y no al contrario.

4. Atentados contra la propia salud: el doping y las drogas

El dopaje

El dopaje es un fenómeno muy complejo, que implica a la medicina y a la investigación farmacológica, a la química analítica y a la manipulación psicológica, y al deporte en todos los aspectos: ciencia, comercio, política, información, organismos rectores y competiciones

internacionales. Implica de modo especial a sus víctimas. El dopaje es resultado de la exasperada necesidad de triunfo, fama y dinero, a la que el deportista o atleta es inducido por un entorno, familiar o social, tensado por las rivalidades, la comercialización y la presencia destacada en los medios de comunicación. Deportistas y médicos son con frecuencia presionados por los patrocinadores y entrenadores: los unos para que venzan a toda costa en las competiciones; los otros para que, con la ayuda de fármacos, les den el alta para participar aún con lesiones no curadas. De hecho, el dopaje acorta la vida activa de muchos deportistas.

Consiste el dopaje, en cuanto atentado contra la propia salud, en el consumo o utilización de ciertas sustancias que buscan modificar artificialmente la capacidad física o psicológica del deportista, con vistas a favorecer un aumento artificial de su rendimiento deportivo y a estimular su capacidad de alerta y atención, y así sobrepasar la propia capacidad natural. Muchas técnicas de dopaje pueden llegar a desestabilizar las funciones fisiológicas y el equilibrio psíquico de quienes las usan, con detrimento de la salud física y mental y, en ocasiones, con riesgo de muerte. El dopaje suele conducir al uso prolongado y en dosis crecientes de medicamentos para "beneficiarse" de su eficacia, creando así cuadros de drogodependencia. El dopaje habitual, en sus fases iniciales, induce una falsa sensación de seguridad que lleva al abandono del entrenamiento metódico y exigente. En muchos casos, y para eludir la detección de sustancias dopantes en los controles, los que las usan se ven obligados a consumir sustancias que las enmascaren y que suponen una agresión fisiológica más.

Desde el punto de vista moral, el dopaje ha sido condenado, en primer lugar, como un grave atentado a la ética deportiva. Es una práctica innoble, fraudulenta, que no sólo contraviene las normas que regulan las competiciones, sino que atenta contra la lealtad y el juego limpio propios del buen espíritu de rivalidad deportiva. Los Estados y las Organizaciones han legislado sobre la materia y establecido penalizaciones que tratan de erradicar la práctica del dopaje. Pero un excesivo énfasis en la represión legal del dopaje podría llevar a la visión reductiva de que estamos ante una cuestión sólo penal, cuando en realidad es También un problema moral.

Desde el punto de vista de la ética médica, baste recordar la doctrina establecida por la Asociación Médica Mundial en su Declaración sobre la medicina del deporte. Según ella, el facultativo que participa en prácticas de dopaje viola el juramento médico, porque traiciona su compromiso de conceder la máxima prioridad a la salud de su paciente. La Asociación considera que el dopaje está siempre en conflicto con la ética de la medicina, pues es siempre una amenaza seria a la salud del atleta, en especial si es joven. En consecuencia, el médico ha de oponerse al dopaje, y no sólo rehusarlo.

Desde el punto de vista de la moral cristiana, el dopaje es condenable no sólo porque conlleva riesgos contra la salud y la vida, sino porque degrada valores éticos significativos: defrauda injustamente a los que compiten con rectitud y respetan y aceptan las limitaciones del ser humano; cambia el deseo de superación personal en obsesión por el rendimiento; ofende a la caridad cuando estimula la rivalidad hasta niveles agresivos y fraudulentos; sacrifica a la avaricia la propia dignidad personal cuando cede a los intereses de otros: a los económicos de los promotores, o a los políticos de los directivos. (No se puede olvidar que el dopaje causó la muerte o dejó incapacitados a gran número de deportistas por los intereses políticos de los gobernantes de la antigua República Democrática Alemana).

Las drogas

El abuso de drogas es un fenómeno de extremada gravedad en el mundo contemporáneo, que no sólo falsifica las vivencias de los que las consumen, sino que amenaza gravemente su vida moral y física. Lo destacó con palabras fuertes Juan Pablo II en 1991, cuando, refiriéndose al alcoholismo y la drogadicción, los definía como un fenómeno de desesperanza, con los que sus víctimas intentan vanamente llenar su vacío existencial y su falta de confianza en sí mismos, en los demás y en la vida. Son fenómenos que, por su gravedad intrínseca y su devastadora

~~difusión, constituyen una amenaza para la raza humana, resquebrajando en el individuo, en el ambiente familiar y en el tejido social las razones más profundas para la esperanza.~~

La drogodependencia es un estado de dependencia física y psíquica respecto a alguna sustancia. Generalmente los drogodependientes requieren dosis cada vez más elevadas para obtener de ellas una gratificación como la inicial. El consumo de drogas provoca graves trastornos. En primer lugar, impide, en mayor o menor medida, percibir objetivamente la realidad, evade a sus víctimas de lo cotidiano y les lleva a construir un universo imaginario que desorienta al paciente. La droga sumerge a la persona en un mundo ficticio, donde la voluntad se debilita hasta perderse. Los dinamismos psíquicos (imaginación, memoria) quedan perturbados por alucinaciones de diferente tipo. Las relaciones laborales, familiares, conyugales, del drogadicto resultan seriamente comprometidas.

A estas alteraciones psíquicas se añaden modificaciones somáticas de diferente intensidad: arritmias, hipertensión o hipotensión arterial, cefaleas, sudoración, trastornos de la asimilación, diarreas, etc. Suelen añadirse a la drogadicción las llamadas enfermedades asociadas (hepatitis C, infección por el virus del sida), adquiridas por la fácil caída en la promiscuidad sexual o por el intercambio de jeringuillas al consumir drogas por vía endovenosa. En no pocas ocasiones, el fenómeno de la drogadicción termina con la muerte o la destrucción existencial de la persona.

Las causas y situaciones que llevan a la drogadicción son de una complejidad dolorosa. Un primer factor desencadenante suele ser la exploración de experiencias nuevas, la búsqueda del bienestar inmediato sin límites ni barreras, la huida ante problemas labores, económicos, de relación. Este es el tipo de factor precipitante que predomina en los adultos.

Los jóvenes son susceptibles a los mensajes de sus "ídolos", que les proponen, con sus vidas, sus canciones, su conducta, que se han de buscar, como objetivos inmediatos y apetecibles, el bienestar material sin esfuerzo, la satisfacción del placer, las experiencias intensas. Es fácil recurrir entonces a la droga, probarla primero, engancharse a ella después, como modo de eliminar conflictos y evitar esfuerzos y sacrificios.

Otro elemento precipitante es la crisis de la institución familiar. Cuando un niño no ha podido experimentar el verdadero amor materno y paterno, no es aceptado y acogido desinteresadamente, no recibe la dedicación en tiempo y atención personal de sus padres, queda a menudo con una inseguridad para toda su vida, pasa a dudar del sentido de la existencia y de su propia identidad, y queda incapacitado para amar y ser amado. Todo esto predispone al adolescente a mostrarse incapaz de hacer frente a sus responsabilidades, y a huir de la realidad desagradable. Uno de los medios de evasión es el recurso a la droga.

A pesar de los condicionamientos que llevan a la drogadicción, que podrían atenuar la responsabilidad, hay que afirmar que tanto el primer uso como el consumo continuado de drogas son actos pecaminosos. No hay razones morales para separar las llamadas drogas blandas de las duras, cuando unas y otras son adictivas. El Catecismo de la Iglesia católica (CCE 2291) establece este juicio moral: "El uso de la droga inflige muy graves daños a la salud y a la vida humana. Fuera de los casos en que se recurre a ello por prescripciones estrictamente terapéuticas, es una falta grave. La producción clandestina y el tráfico de drogas son prácticas escandalosas; constituyen una cooperación directa al mal, porque inducen a las personas a prácticas gravemente contrarias a la ley moral".

5. Valoración moral de la investigación científica sobre sujetos humanos

El Catecismo (CCE, 2293) no regatea alabanzas a la investigación, pura y aplicada, como expresión del dominio del hombre sobre la creación e instrumento de conocimiento y progreso

humano. Pero señala de inmediato, haciéndose eco de lo afirmado por Juan Pablo II (*Redemptor hominis*, 15 y 16), que la ciencia y la técnica se ordenan al hombre y encuentran en el respeto de la persona y de sus valores morales el sentido de su finalidad y la conciencia de sus límites. No cabe, por tanto, imaginar una investigación científica neutra, o que pueda dirigirse a sí misma por criterios internos de interés, utilidad o eficacia. Esos criterios, valiosos como son, han de subordinarse a los derechos inalienables de la persona y al bien verdadero e integral del hombre, tal como lo conforma el designio y la voluntad de Dios (CCE, 2294).

A la luz de estas ideas, es posible hacer una valoración ética de algunos aspectos de la investigación biomédica. El primero que se ha de señalar es la atmósfera de respeto al hombre en que esa investigación se desarrolla: respeto a su dignidad y derechos, a su integridad física y moral, a su libertad e inteligencia. El sujeto de experimentación es reconocido como el único administrador responsable de su cuerpo y de su vida, y no se puede intervenir sobre él sin su conocimiento y consentimiento. No se le puede tratar como si fuera un animal de laboratorio o una cosa. Incluso sus células y el material biológico de su cuerpo, si llevan su nombre, han de ser tratados con el respeto debido a las personas.

El segundo aspecto se refiere a la obligación moral de investigar: hay un deber activo en el investigador, para contribuir al beneficio de la humanidad, en especial de los enfermos; y hay un deber pasivo, de prestarse, sanos y enfermos, a participar, por razones de caridad, justicia, altruismo o amor a la ciencia, como sujetos en proyectos de investigación.

El tercer aspecto es el que exige en investigación biomédica un trabajo de calidad científica elevada, que tiene que ver con la originalidad, la definición de objetivos, la elección de los métodos, el conocimiento de la materia, la competencia y cualificación del personal investigador, la evaluación de riesgos y el cálculo de posibles beneficios, la investigación preclínica en animales o en sistemas *in vitro*. Aunque este último punto es esencial, pues proporciona datos indispensables para evaluar los presuntos beneficios y riesgos, no puede ser un sucedáneo de la experimentación en seres humanos. La ética exige tratar debidamente a los animales de experimentación. Aunque mucha investigación busca confirmar y refinar los resultados de trabajos anteriores, no es ético realizar estudios meramente repetitivos o rutinarios.

En cuarto lugar, aunque en ética de investigación el respeto a la libertad y creatividad del investigador (para determinar la materia en la que ha de trabajar y los métodos que ha de aplicar) es un valor de alto rango, una larga experiencia obliga al investigador a someter los aspectos científicos y éticos de sus proyectos a la evaluación de los correspondientes comités. No se trata sólo de un requisito administrativo para optimizar la asignación de subvenciones públicas o privadas y obtener de ellas el mejor rendimiento posible. La revisión científica y ética que hacen esos comités contribuye a coordinar y cohesionar la investigación, a subsanar los defectos que puedan darse en los proyectos y a acrecentar su contenido ético. Por norma legal, no se puede iniciar una investigación sin la aprobación previa de esos comités.

Es función de los comités de ética de investigación la protección de las personas: han de reducir los riesgos para la salud y la vida de los sujetos; han de aprobar los formularios de información y consentimiento; han de aprobar los sistemas de reclutamiento o incentivación; evaluarán la posibilidad de conflictos de intereses en los promotores e investigadores y podrán suspender los estudios si se detectan daños o riesgos desproporcionados. También se cerciorarán de que se han establecido sistemas adecuados y rápidos de compensar los daños que puedan sufrir los sujetos en el curso o a consecuencia de la investigación.

Esta función protectora de los sujetos no puede hacerse con daño de su libertad e integridad. Se está dando aquí un abuso lamentable. La experiencia de la talidomida de los primeros años 1960, con su trágica carga de malformaciones fetales, ha provocado un permanente temor en la industria farmacéutica al riesgo de los productos que se ensayan puedan causar daños al embrión. Para conjurar ese peligro, se ha hecho habitual imponer como condición absoluta para ser incluidas en ensayos clínicos que las mujeres en edad fértil usen un procedimiento contraceptivo "fuerte",

cuando no dos. La consecuencia es evidente: los investigadores y las mujeres que rechazan por razones éticas la contracepción artificial quedan excluidos de participar en esos ensayos farmacológicos. Una situación gravemente injusta.

No faltan episodios de abuso y fraude en la historia de la investigación biomédica. Los primeros en reaccionar contra ellos fueron algunos médicos católicos del siglo XIX, precursores de la moderna regulación ética. Subsisten hoy problemas no superados, como son, entre otros, la investigación destructiva sobre embriones, la explotación de poblaciones vulnerables, la incidencia del fraude, los conflictos de intereses entre investigadores y promotores de la industria médico-farmacéutica.

6. El trasplante de órganos y el principio de solidaridad

El trasplante de órganos es conforme a la ley moral natural en razón de los principios de *solidaridad*, que une a los seres humanos; y el de *caridad*, que dispone a ayudar a los demás. Juan Pablo II (EV, 86) señalaba que la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, se cuenta entre los gestos de solidaridad que alimentan una cultura de la vida, pues ofrece una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas. El principio de solidaridad inclina a los seres humanos a compartir con los demás lo más plenamente posible el tesoro de los bienes materiales y espirituales que cada uno ha recibido, para crear así un gran depósito de bienes que compartir. El principio de caridad añade al de solidaridad una dimensión religiosa, evangélica: lo informa de amor a Dios y al prójimo, de acuerdo con las palabras de Cristo: “Lo que a mis hermanos más pequeños, a Mi me lo hicisteis” (Mt 25,40); “Nadie tiene amor más grande que el que da la vida por sus amigos” (Jn 15, 13). Por eso, el trasplante de órganos es mucho más que un beneficio terapéutico: contribuye a la cultura de la vida, de la generosidad y la gratitud. Al gesto de amor presente en la donación anónima, debe corresponder el amor agradecido del receptor.

La procedencia del órgano para el trasplante – de donante vivo o de cadáver – es un dato ético de primera importancia.

La donación *ex vivo* exige no sólo que vaya precedida de una decisión libérrima y generosa del donante, sino que sea resultado de una deliberación ponderada, racional e informada sobre los daños y los riesgos físicos y psíquicos que al donante le pueda acarrear la donación, y que tendrían que guardar proporción con los beneficios que se esperan para el receptor del trasplante. No es aceptable una mutilación, aún la hecha con el propósito de salvar la vida de un tercero, que dejara inválido o causara la muerte al donante, aunque consintiera en ella. Aquí, el imperativo de la caridad exige que ésta empiece por uno mismo.

Las normas legales suelen especificar los requisitos que se exigen para la donación *ex vivo* y las garantías establecidas para evitar abusos. Es obligada una valoración médica sobre los riesgos para la salud y la vida del donante, tanto de la intervención de extracción del órgano o tejido (riñón, médula ósea, parte del hígado), como de las secuelas futuras. Se ha de garantizar que el donante actúa libre y altruistamente, sin presiones psicológicas o financieras, pues el cuerpo humano y sus órganos no pueden ser objeto de compra-venta. Aunque no hay un pronunciamiento formal del Magisterio, se entiende mayoritariamente que, en razón de su carácter privilegiado, se han de excluir de la donación a terceros las gónadas y el cerebro o sus partes: tales órganos son en su estructura y función elementos integrantes de la identidad personal y, por ello, intransferibles. Se ha debatido si el trasplante total o subtotal de la cara es éticamente aceptable, dada su relación, más que con la identidad personal, con la imagen que de sí mismo tiene el presunto receptor. Se ha de proceder con mucha cautela en el trasplante facial, pues las dificultades técnicas son extraordinarias y el tratamiento anti-rechazo que el paciente ha de seguir de por vida, muy intenso y complejo.

La donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio, que debe ser alentado como manifestación de solidaridad generosa. Es moralmente inadmisibles si el donante

~~o sus legítimos representantes no han dado su explícito consentimiento. (CCE, 2296). En algunos países, se presupone que todos, si no han declarado su oposición a donar mediante los procedimientos establecidos por ley, consienten a la donación *post-mortem*. No cabe duda que, desde un punto de vista ético, es más meritoria la donación explícita que la presunta.~~

Un requisito esencial es la constatación de la muerte del donante: en la práctica clínica y mientras no se haya certificado la muerte, debe haber una separación total entre los médicos que atienden al paciente en vida y los que forman el equipo de extracción y trasplante de los órganos. Juan Pablo II, el año 2000, dijo a los participantes en el Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes que la “donación *post-mortem* presupone una constatación objetiva y probada de la muerte. Frente a los actuales parámetros de certificación de la muerte – bien los signos encefálicos, bien los más tradicionales signos cardiorrespiratorios –, la Iglesia no hace opciones científicas. Se limita a cumplir su deber evangélico de confrontar los datos que brinda la ciencia médica con la concepción cristiana de la unidad de la persona [...] la cesación total e irreversible de toda actividad cerebral, si se aplica escrupulosamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica”.

7. Trasplante de tejido fetal

Algunos neurólogos pusieron muchas esperanzas hace unos años en el trasplante de células fetales (neuronas inmaduras) para tratar la enfermedad de Parkinson. Esa técnica causó más daño que beneficio y fue abandonada. Recibió una fuerte condena ética por su inaceptable conexión con el aborto provocado, pues para obtener una masa suficiente de neuronas fetales en condiciones apropiadas para trasplantar era necesario provocar varios abortos en circunstancias estrictamente programadas.

8. Xenotrasplante

Desde hace años, se investiga en xenotrasplante, esto es, en el trasplante de tejidos y órganos procedentes de especies no humanas. De momento, no se han logrado éxitos apreciables. En algunas religiones (no en la católica) se rechaza el xenotrasplante por considerar inmoral saltar la barrera entre especies o por las normas de pureza ritual (la especie animal más idónea parece, de momento, ser el cerdo). Se trabaja por conseguir la tolerancia inmune de esos órganos y tejidos mediante manipulaciones genéticas en los animales donantes, pero persiste el grave temor de que esos trasplantes puedan transmitir al receptor enfermedades causadas por virus que podrían resultar mortales.

Tema 10. Cuestiones morales sobre la obligación de conservar la vida.

1. Introducción

Si, como hemos visto, conservar la vida es un deber moral, conviene mucho esclarecer las obligaciones concretas que se derivan de él. Cómo y hasta dónde se ha de conservar la vida humana es un tema que está presente de continuo en la reflexión bioética teórica. En la práctica, ocupa en algunos países avanzados la mayor parte de la agenda de los comités de ética clínica de los hospitales, que son consultados una vez y otra sobre si hay que iniciar, continuar o suspender tratamientos agresivos en situaciones extremadamente críticas.

~~Determinar hasta dónde ha de llegar el empeño por conservar y salvar vidas humanas es un problema de muchas facetas, pues encierra numerosas cuestiones derivadas, como son, por ejemplo, discernir entre las intervenciones médicas ordinarias y obligatorias frente a las extraordinarias y potestativas; decidir qué medios, técnicas y esfuerzos es obligado poner para salvar o prolongar la vida de un paciente concreto; qué influencia han de jugar en el esfuerzo de médicos y enfermeras factores tan importantes como el pronóstico de la enfermedad, o la edad y el estado de conciencia del paciente, o la calidad más o menos deteriorada que se puede imaginar para su vida futura; y, finalmente, hasta dónde puede llegar el costo económico de su atención.~~

En la realidad cotidiana, muchos de los esfuerzos del médico por salvar vidas resultan vanos. Algunos están condenados de antemano al fracaso, pues son inoperantes, además de superfluos; otros pueden ser por añadidura perjudiciales, al echar sobre el paciente sufrimientos injustificados y gastos fútiles; otros resultan inoperantes ante el progreso incontenible de la enfermedad terminal. Se plantea ante situaciones así la cuestión de trazar el límite que separa, de un lado, el esfuerzo terapéutico justificado, potencialmente eficaz y moralmente obligado; y, del otro, el empeño encarnizado y muchas veces irracional, de perseguir un imposible, una conducta que, a pesar de su apariencia bienintencionada, es moralmente censurable.

Muchos de tales problemas surgieron, históricamente, con el desarrollo de la medicina intensiva. Otros emanaron de la pretensión cientifista de que siempre se puede aplazar la muerte. Por fortuna, el desarrollo de la medicina paliativa está contribuyendo a dar humanidad a la fase final de muchas vidas y alejando el doble peligro de acortarla con la eutanasia o de alargarla con el ensañamiento terapéutico.

2. La distinción clásica entre medios ordinarios y extraordinarios

Es tradicional, en teología moral, tratar del deber de cuidar de la propia vida y del propio cuerpo. Santo Tomás, comentando la segunda carta de San Pablo a los de Tesalónica, afirmaba con gran sencillez que el hombre está obligado a sustentar su propio cuerpo, pues, “de lo contrario, actuaría como homicida de sí mismo”. Pero fue sólo siglos más tarde cuando se abordaron algunas cuestiones teológicas sobre los límites del tratamiento médico, que coinciden en buena parte con las que se plantean en la bioética contemporánea. Los teólogos de los siglos XVI y XVII consideraban que el deber general de poner los medios para preservar la vida no es ilimitado: admitían, por ejemplo, que la obligación de tomar alimento decaía cuando comer se convertía para el enfermo en una especie de tortura, en especial si le queda poca o ninguna esperanza de vida; aceptaban como correcto que los pacientes pudieran rechazar los tratamientos prescritos por el médico o el cirujano cuando consideraban que eran tan dolorosos, agresivos, temibles, caros o poco eficaces.

Con los avances de la medicina, en especial con el desarrollo de los medios artificiales de apoyo de las funciones vitales y de alivio del dolor (analgesia y anestesia, reanimación y ayuda cardiorrespiratoria, diálisis, nutrición parenteral, incubadoras neonatales, tratamientos oncológicos, y en especial la vigilancia y atención propias de la medicina intensiva), la problemática de qué hacer y qué omitir para superar situaciones críticas y prolongar la vida sufrió profundos cambios. Dado el desarrollo tecnológico alcanzado, no siempre disponible en todas partes y de costo cada vez más elevado para los particulares y para los servicios nacionales de salud, los moralistas empezaron distinguir niveles diferentes en la obligación moral del enfermo de aceptar o rechazar los nuevos remedios que la medicina le ofrecía. Así fue surgiendo una clasificación de los medios terapéuticos: unos, los llamados medios ordinarios, habían de tenerse por obligados; los otros, los medios extraordinarios, se consideraban optativos.

Medios ordinarios se definían como intervenciones (diagnósticas, medicamentosas, quirúrgicas, etc.) que, ofreciendo una esperanza razonable de beneficio, podían obtenerse y usarse sin incurrir en costos elevados, sufrimientos intensos o inconvenientes graves.

Medios extraordinarios eran intervenciones que podían obtenerse o usarse sólo a través de un costo excesivo, grandes sufrimientos e inconvenientes graves, y que, con frecuencia, no ofrecían una expectativa razonablemente segura de producir beneficio.

Durante años, estas definiciones gozaron de vigencia entre los teólogos. Pío XII las incluyó en su Magisterio, al afirmar que “la razón natural y la moral cristiana dicen que el hombre tiene, en caso de enfermedad grave, derecho a recibir los cuidados necesarios para conservar la vida y la salud. Este deber hacia sí mismo, hacia Dios, hacia la comunidad humana, y también hacia la familia, emana de la caridad bien ordenada, de la sumisión al Creador, de la justicia social y de la justicia estricta, y también de la piedad hacia la familia. Pero no obliga habitualmente más que a emplear los medios ordinarios (según las circunstancias de personas, lugares, épocas, o culturas), es decir, los medios que no suponen una carga extraordinaria para sí o para otros. Imponer obligaciones más graves sería una carga demasiado pesada para la mayoría de los hombres y podría dificultar la adquisición de bienes superiores y más importantes. La vida, la salud y las actividades temporales han de subordinarse a los fines espirituales. Por lo demás, no se ha de prohibir hacer más de lo estrictamente necesario para conservar la vida y la salud, a condición de no faltar a deberes más graves” (Pío XII, Alocución a un grupo de médicos, 24 de noviembre de 1957).

Por algún tiempo, la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios jugó un papel importante también en la práctica clínica. Pero no tardó en verse que calificar moralmente los medios en esas dos categorías no era suficiente: lo que en unos países era tenido por ordinario, en otros resultaba extraordinario; lo que en un momento de la evolución del paciente podía parecer extraordinario, en otras se exigía como ordinario. Las diferencias de contexto socioeconómico y cultural, ya señaladas por Pío XII, y, sobre todo, las peculiaridades de los pacientes (edad, pronóstico vital, respuesta al tratamiento) llevaron a poner en primer plano no el carácter ordinario o extraordinario de los medios, sino las razones que recomendaban o desaconsejaban usar determinados tratamientos según su adecuación al contexto clínico. Se impuso así un principio de proporcionalidad entre la intervención y el contexto de la situación clínica. La Declaración *Iura et bona* (CDF, 1980), lo razona así: “Hasta ahora los moralistas afirmaban que nunca se está obligado al uso de los medios ‘extraordinarios’. Hoy en cambio, tal respuesta, válida en principio, puede resultar poco clara tanto por la imprecisión del término, como por los rápidos progresos de la terapia. Por esto, algunos prefieren hablar de medios ‘proporcionados’ y ‘desproporcionados’. En cada caso, se deberá llegar a un juicio acerca de los medios estudiando el tipo de tratamiento que ha de usarse, su grado de complejidad y riesgo, su costo y las posibilidades de aplicarlo; y considerando después esos elementos a la vista del resultado que se puede esperar, teniendo en cuenta el estado del enfermo y sus recursos físicos y morales”.

Como se ve, en la nueva situación, los medios ya no son considerados en sí mismos (ordinarios, si son baratos, fácilmente accesibles, llevaderos; o extraordinarios, si son onerosos en dinero y dolor, o difíciles de obtener). Mediante un juicio prudencial y reflexivo que tenga en cuenta el estado clínico del paciente y las circunstancias de diferente orden que lo rodean, se han de evaluar como proporcionados o desproporcionados a lo largo de la evolución clínica del enfermo. Una intervención tenida en sí misma como extraordinaria puede resultar proporcionada (y moralmente obligada) en un determinado contexto; una intervención considerada ordinaria podría rechazarse moralmente como desproporcionada, porque ya es inútil. Hay algunos recursos que se exceptúan de esa clasificación, porque son, antes que atenciones clínicas, gestos humanos que expresan el respeto básico debido a todo ser humano. Así, consolar, alimentar, aliviar la sed, cuidar la intimidad, el confort y la higiene del paciente serán siempre atenciones proporcionadas, a no ser que, por haber entrado ya en la agonía, algunas ya no están indicadas.

El principio de proporcionalidad, aplicado con prudencia y justicia, puede prestar grandes servicios en ética clínica, entre otros, el importante de impedir que médicos, enfermeras y cuidadores se rindan a la fatiga ética y puedan sospechar que llega un momento en que la vida de un ser humano carece de valor.

3. La obligatoriedad del uso de los medios diagnósticos y terapéuticos ordinarios y proporcionados

En ética médica y en medicina pastoral, se actuó, por mucho tiempo, conforme a una regla sencilla: el paciente estaba obligado siempre a aceptar los medios ordinarios para cuidar de su salud, y sus médicos y allegados a proporcionárselos. Esa obligación no se daba con respecto a los medios extraordinarios, que, por circunstancias diversas, podían ser rehusados o suspendidos.

No eran frecuentes las situaciones de conflicto, porque los recursos técnicos o financieros, disponibles en la medicina de entonces, no eran muchos. Pero cuando sobreviene el desarrollo económico, se tecnifica la medicina, y nace la bioética, los casos de duda empezaron a abundar. En 1980, la Declaración *lura et bona*, que, como ya se ha dicho, marca la transición del antiguo paradigma medios ordinarios-extraordinarios al nuevo paradigma de proporcionalidad de los cuidados médicos, ofrece unas clarificadoras puntualizaciones sobre la cuestión de la obligatoriedad del uso de los medios diagnósticos y terapéuticos. En esencia, viene a señalar que:

- es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a un paciente la obligación de someterse a tratamientos que este rechaza por su costo en sufrimiento y dinero. Tal rechazo no equivale a un suicidio. Puede ser expresión de que el paciente acepta su propia finitud humana, o no quiere ser financieramente gravoso a la familia o la colectividad, o simplemente rehúye someterse a tratamientos de dudoso beneficio o que de algún modo le repugnan.
- se pueden suspender los procedimientos que el médico viene aplicando, si los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Conviene que esa decisión concuerde con el deseo del paciente y sus familiares, y se apoye en el parecer de médicos competentes y capaces de hacer un juicio fundado de la desproporción observada y previsible entre los medios aplicados y los resultados obtenidos.
- a falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los procedimientos más avanzados, incluidos los que están todavía en fase de experimentación.
- ante la inminencia de la muerte, es lícito en conciencia renunciar a los tratamientos que procuran una mera prolongación precaria y penosa de la existencia. Eso no excluye que se continúe aplicando los cuidados paliativos. Es un deber ético del médico no iniciar entonces tratamientos desproporcionados. Y lo es también suspender los que ya se han iniciado, aunque hacer esto último puede causar angustia psicológica.

A pesar de haber transcurrido más de tres decenios desde que se publicó *lura et bona*, estas indicaciones conservan plena validez.

4. La limitación del esfuerzo terapéutico

Se habla de limitación del esfuerzo terapéutico cuando se decide reducir la intensidad o el número de las medidas terapéuticas, o incluso, suspenderlas (como, por ejemplo, operaciones quirúrgicas a veces múltiples, ventilación mecánica, apoyo circulatorio, diálisis, desfibriladores o marcapasos, transfusiones de sangre, medicamentos de uso compasivo, nutrición enteral o

parenteral), cuando se observa que son inoperantes o presentan una notable desproporción entre los resultados que se esperaban y los realmente obtenidos. En la vida diaria de un hospital grande, se dan con relativa frecuencia esas situaciones conflictivas, que el médico ha de resolver con competencia y recta intención, teniendo en cuenta las circunstancias propias de cada caso.

En general, la limitación del esfuerzo médico puede pretender varios objetivos: ahorrar sufrimientos al paciente, no prolongar fútilmente sus horas finales, hacer un uso responsable de los recursos humanos y económicos del hospital, y, finalmente, evitar el riesgo de caer en la obstinación o encarnizamiento terapéutico, entendiéndose por tal el uso de intervenciones particularmente agotadoras y dolorosas para los pacientes y que los condenan de hecho a una agonía artificialmente prolongada. Es posible también una limitación del esfuerzo diagnóstico, por la que el médico renuncia a exploraciones complejas y caras, cuando cualquiera que sea su resultado no van a influir en el tratamiento del enfermo terminal ni a modificar su pronóstico infausto. Puede darse, por tanto, un encarnizamiento diagnóstico.

La conducta de limitar el esfuerzo terapéutico se basa en la premisa ética de reconocer los límites que a la actuación del médico señalan tanto el carácter finito de su ciencia y sus recursos técnicos, como la precariedad de la vida humana, en especial en su fase terminal. Es una conducta que previene contra la tentación de la medicina heroica, que impulsa, de modo poco razonable, a intentarlo todo, a persistir sañudamente en las intervenciones iniciadas, a aumentarlas en intensidad, hasta caer en la obstinación terapéutica.

En el trayecto último de la vida, cuando la enfermedad ya no responde a los tratamientos que intentan la curación y el enfermo es desahuciado, los médicos han de retirar los remedios curativos, pues han caído ya en la categoría de remedios fútiles y devienen, por tanto, desproporcionados. Esa retirada, sin embargo, no significa que el médico ya “no tiene nada que hacer”, pues sigue siendo necesario para cuidar del paciente con las oportunas medidas paliativas. Estas, por su propia naturaleza, son medios proporcionados, y se han de considerar de modo habitual como tales. El médico tiene el deber deontológico de estar disponible para acompañar al moribundo y confortar a sus allegados, que, dicho sea de paso, son actos médicos de elevada profesionalidad.

La recta limitación del esfuerzo médico, aun cuando se hiciera a petición del paciente, nada tiene que ver con el suicidio médicamente asistido. Y la recta supresión de los tratamientos fútiles hecha por iniciativa del médico, nada tiene que ver con la eutanasia, aunque algunos hayan querido llamarla erróneamente eutanasia pasiva. Las mismas acciones (por ejemplo, desconectar un respirador, sedar a un paciente), vistas desde fuera, pueden parecer idénticas, tanto si se ejecutan para acabar adrede con la vida de un paciente, como cuando son parte de una actuación éticamente correcta. Suspender un tratamiento ya ineficaz, lo mismo que tratar con sedación paliativa un sufrimiento grave que no ha respondido a otras terapias, no sólo es lícito, sino moralmente obligado (se presupone que el paciente ha podido arreglar sus asuntos espirituales y familiares antes de que se pueda aplicar la sedación en la agonía). Paradójicamente, bajo la apariencia de una intervención médica correcta puede ocultarse una acción intencionalmente homicida, lo que hace posible que algunos actos de eutanasia puedan pasar inadvertidos. Pero la conciencia del que provoca la muerte deliberada de un paciente queda marcada por un grave pecado. Aunque la diferencia ética fundamental entre esas acciones aparentemente similares parezca residir en la intención del respectivo agente, sucede de hecho que la intencionalidad, recta o perversa, del agente determina la moralidad objetiva, buena o mala, del acto realizado, la intencionalidad propia de la acción. Por decirlo así, el *finis operantis* arrastra consigo el *finis operis*, el objeto moral del acto.

5. El caso de los recién nacidos en condiciones críticas

Gracias a los avances de la asistencia obstétrica, se han ido superando muchos problemas que, años atrás, hacían azarosos el embarazo y el acto de nacer. Pese a ello, no son pocos los neonatos que entran en este mundo en condiciones críticas, principalmente a causa de

~~la prematuridad del parto o por sufrir graves malformaciones, algunas incompatibles, o sólo marginalmente compatibles, con la supervivencia.~~

Para atender a esos recién nacidos en condiciones tan críticas, la medicina ha desarrollado la especialidad de la neonatología y sus subespecialidades diagnósticas y de tratamiento. Entre estas últimas, hay que destacar la cirugía neonatal y, sobre todo, la medicina intensiva neonatal. En las correspondientes unidades de cuidados críticos, médicos y enfermeras se enfrentan a problemas técnicos muy complejos y también a situaciones éticas difíciles y repletas de incertidumbre. Han de evaluar si los recién nacidos pueden ser salvados, aunque a costa de enormes esfuerzos, o si han de renunciar a tratarlos porque la medicina no tiene soluciones para sus problemas. Han de echar cuentas del costo de la atención terapéutica neonatal, muy alto tanto en su dimensión económica, como en la psicológica y laboral. Han de trazar planes para minimizar en la medida posible las secuelas somáticas y psíquicas que dejan en el paciente la propia enfermedad o los efectos colaterales provocados por las prolongadas estancias en incubadoras, en las que se trata de reproducir en la medida de lo posible las condiciones ideales que les hubiera proporcionado la permanencia en el útero materno.

Médicos y enfermeras han de hacerse cargo igualmente de las complejas relaciones con los progenitores de los neonatos que atienden, pues a ellos les corresponde una responsabilidad principal en la toma de decisiones. Esas relaciones están cargadas de emotividad, en especial en lo que respecta a las madres. El natural amor materno se acrecienta ante el recién nacido gravemente prematuro, para el que se desea incondicionalmente su supervivencia y recuperación. A veces, pueden darse en la madre sentimientos de culpabilidad por no haber cuidado estrictamente el embarazo. No faltan, por desgracia, progenitores dominados por la visión utilitarista del hijo perfecto, por lo que, en situaciones de duda, condescienden con gran facilidad a las propuestas omisivas de los médicos, optan por el abandono del hijo débil y sin futuro brillante, y solicitan ellos mismos que se no se inicien o que se suspendan los cuidados. Se colige de lo dicho que atender a las familias y ayudarlas a asumir sus responsabilidades éticas es parte importantísima del trabajo de una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Como todos los progresos biomédicos, la medicina intensiva neonatal tiene dos caras. Ha obrado "milagros" al conseguir la supervivencia de incontables criaturas que, sin esos cuidados, hubieran muerto. Pero otras veces, la supervivencia lograda es una victoria pírrica, pues los prematuros sobreviven con la carga de muchas, y a veces profundas, deficiencias. Sobre todo, son los casos de extrema prematuridad que sobreviven los que presentan las incapacidades (respiratorias, neurológicas, psíquicas y sociales) más graves. Se ha planteado la cuestión de si hay un límite de edad gestacional, por debajo del cual es fútil emplear las técnicas de reanimación y de apoyo vital. Ha nacido así la idea del "neonato pre-viable", sin perspectivas de sobrevivir sin gravísimas taras, que no debería ser acogido como paciente por los médicos, cualquiera que fuese el deseo explícito de los padres. No implica el concepto de pre-viabilidad un rechazo de una persona de vitalidad precaria, sino el sincero reconocimiento de la insuficiencia de la tecnología biomédica de hoy ante la prematuridad extrema. En todo caso, algunas de esas unidades deben permanecer abiertas a la búsqueda de innovaciones que hagan posible ir rebajando poco a poco el límite de viabilidad de esos prematuros. De hecho, en las unidades bien dotadas, el umbral de viabilidad ha descendido a 23 semanas. (Este umbral se mide en tiempo de desarrollo fetal, no en peso del prematuro, que es parámetro poco fiable).

En una unidad de cuidados intensivos neonatales han de evaluarse de modo continuo las dimensiones biológicas junto con las éticas. Han de seguirse cuidadosa y firmemente aquellos criterios objetivos que impidan la deriva hacia la obstinación terapéutica, valorando los casos uno por uno a la luz de los principios básicos de la ética. Y así, se ha de considerar lo primero que el neonato de peso bajo es una persona humana que ha de ser respetada en cuanto tal: su vida es tan preciosa como la de cualquier otro ser humano, aunque el riesgo de muerte natural que le amenaza sea muy elevado y próximo. En medicina intensiva neonatal siguen vigentes los principios para la evaluación ética de los medios: estos, aisladamente y en su conjunto,

han de ser adecuados a los fines que persiguen, proporcionados a la situación del paciente al que se aplican, y dotados de un aceptable cociente de costo/beneficio, es decir, su eficacia ha de ser congruente con su costo económico y la complejidad clínica de su aplicación. Aunque circulan ideas acerca de la limitada capacidad de los prematuros para experimentar sufrimiento consciente, se ha de procurar atenuarlo en la medida de lo posible.

Se ha de vigilar atentamente para no incurrir en acciones obstinadas o que sólo sirven para alargar el proceso de morir. Se ha de pasar, cuando llegue el momento, de la medicina intensiva a la paliativa. Y se ha de comunicar así a los padres. A estos no se les puede encandilar con expectativas ilusorias ni tampoco deprimir con pronósticos negativos exagerados: hay que asociarlos al proceso médico con la objetividad necesaria para que su participación en las decisiones tenga la madurez de unos padres que asumen sus responsabilidades.

Un elemento importante en la toma de decisiones es que las posibles secuelas que, tanto en el campo cognitivo, como en el del comportamiento, puedan manifestarse en el futuro no pueden condicionar el tipo y la intensidad de atenciones que se prestan al prematuro. Hacerlo equivaldría a dar prioridad a un futuro indeterminado e imaginado en categorías de calidad de vida, al que se sacrifica el valor actual y sagrado de una vida humana.

Conviene insistir, por último, en que, a pesar de los progresos habidos en la medicina de la prematuridad, sigue siendo cierto también aquí que prevenir vale más que curar. Que sea necesaria tanta atención intensiva a tantos prematuros es una circunstancia que se ha de calificar de fracaso social, médico y, en cierto modo, ético. En no pocos casos, la prematuridad es consecuencia de estilos de vida frívolos o poco responsables, derivados de la mentalidad radical feminista que proclama “mi cuerpo es mío”, que, dada la alternativa del aborto libertario, puede llevar al maltrato fetal. La reducción preventiva del daño fetal, y de la mortalidad neonatal es un deber ético. La lucha contra la epidemia de la prematuridad empieza en la recuperación de la idea, a veces olvidada, de que las madres se sacrifican gustosamente por el bien de sus hijos, antes y después de nacer éstos. En esa lucha les corresponde una parte importante a los médicos, pues sólo ellos pueden reducir algunos factores causantes de prematuridad (empleo abusivo de las técnicas de reproducción asistida, aceptación del aborto eugenésico como solución a la enfermedad fetal, prejuicio tecnológico que favorece el “intervencionismo” e infravalora la tarea “humilde” de aconsejar y prevenir).

6. La nutrición e hidratación de pacientes inconscientes crónicos

Desde hace unos años, se viene debatiendo en los países avanzados el problema de si se ha de alimentar e hidratar a los pacientes que viven en *estado de inconsciencia crónica* (o *estado vegetativo persistente*, como antes se decía; esta última expresión se está abandonando, pues muchos consideran que podría degradar la dignidad humana de los pacientes). La discusión del problema, en vez de centrarse en su vertiente ético-médica estricta (dilucidar si la nutrición e hidratación de esos pacientes, por corresponder a cuidados ordinarios y proporcionados, debería ser obligada; o, si por el contrario, por extraordinarios y desproporcionados, podría o debería ser suspendida), ha saltado al campo social y político y se ha convertido materia de un prolongado y, a veces amargo, debate. Eso ha ocurrido a consecuencia de la publicidad que los medios de comunicación dieron a casos muy notorios y conflictivos (como los de Terry Schiavo, en Estados Unidos; de Tony Bland, en el Reino Unido; y de Eluana Englaro, en Italia). Por efecto de esa notoriedad, lo que tendría que haberse limitado a cómo calificar éticamente ciertos cuidados médicos para cierto tipo de pacientes, el debate se desvió al problema básico de determinar si los seres humanos en inconsciencia crónica conservan su dignidad de personas y sus derechos humanos.

En contraste con el paciente de conciencia despierta, capaz de decidir qué tratamientos acepta y qué otros rechaza por motivos razonables, el paciente en inconsciencia crónica no puede participar en esas decisiones: otros (sus familiares o, representante legales, los jueces) han de tomarlas por él. En general estos pacientes, superada la fase aguda inicial, pueden ser tratados en sus casas durante largo tiempo. Las atenciones ordinarias que requieren estos pacientes (alimentarlos con cuchara, darles líquidos en pistero, prestarle los cuidados higiénicos ordinarios, moverlos para prevenir las úlceras de decúbito) no pueden calificarse de muy onerosas para sus cuidadores, en especial si reciben ayuda de personal técnico y pueden tomarse un respiro de vez en cuando. Puede ser necesario recurrir a la sonda nasogástrica, pero su manejo no se puede considerar hoy como una tecnología médica, lo mismo que, una vez insertado, el de un tubo de gastrostomía percutánea endoscópica.

Con el tiempo, puede ocurrir que sobrevenga a estos pacientes alguna complicación grave que ensombrezca su pronóstico vital. Tales incidencias han de tratarse razonable y proporcionadamente, sin echar mano de terapias complejas, caras y agresivas que tienden a acumularse al no remitir el cuadro clínico o surge el fallo multiorgánico. En los pacientes inconscientes crónicos quien haya de decidir ha de hacerlo sin incurrir en los extremos erróneos del abandono o de la obstinación terapéutica. Menos todavía lo hará el médico, pues ambas conductas están reñidas con la ética y la profesionalidad de la medicina.

Son muy claras las normas de la moral cristiana sobre como tratar al paciente crónicamente inconsciente. Este, a pesar de su dramática situación, es, y sigue siendo hasta su muerte natural, una persona humana, acreedora del correspondiente respeto y titulada para recibir los cuidados, básicos y especiales, debidos a quien no puede valerse por sí mismo: esto es, a ser cuidado, alimentado e hidratado, y a recibir los tratamientos proporcionados a su enfermedad. Los cuidados básicos van destinados a la *supervivencia*, no a la *curación*: no son propiamente terapia médica, sino un modo humano y digno de respetar al paciente como persona. Son obligados por mera humanidad. Juan Pablo II lo confirmó así en 2004: “[...] la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso ha de considerarse, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio mientras, y en la medida en que, demuestre alcanzar su finalidad propia [...] que es proporcionar alimento al paciente y aliviar sus sufrimientos. [JUAN PABLO II, *Discurso, 20-III-2004, n. 4*].

Algunos teólogos han elucubrado sobre el posible significado relativizante de la expresión “en principio” que figura en la última frase, arriba citada, en la que el Juan Pablo II declara obligada la administración de agua y alimento al paciente crónicamente inconsciente. En una nota aclaratoria, la CDF explica que pueden darse situaciones de excepción a la norma, como podrían ser la imposibilidad física de ponerla en práctica en regiones aisladas o extremadamente pobres; las complicaciones que impiden al paciente asimilar alimentos y líquidos, lo que haría inútil suministrarlos; o aquellos casos en los que el paciente no soporta la práctica de la alimentación e hidratación artificiales, como podría ser la intolerancia a la sonda nasogástrica. Pero la CDF insistía en que esas situaciones excepcionales no invalidan el criterio ético general: suministrar agua y alimento, incluso cuando hay que hacerlo por vías artificiales, representa siempre un *medio natural* para conservar la vida; no es un *tratamiento terapéutico*. Por tanto, se ha de “considerar *ordinario y proporcionado*, incluso cuando el estado vegetativo se prolongue”.

Si, con el tiempo, surgieran complicaciones graves que nublan el pronóstico, cuando el paciente se encamina a la muerte, mantener entonces la hidratación y la alimentación se hace gesto inútil, y por ello deja de ser obligado. En esa situación final persiste, sin embargo, el deber compasivo de acompañar y confortar al paciente en inconsciencia crónica. No es más que lo que suele hacerse con los moribundos sin precedentes de inconsciencia crónica, que, en las horas o días que preceden a la muerte, fluctúan entre la vigilia y la obnubilación, o pierden el contacto consciente con su entorno. No estar consciente no priva al moribundo de su dignidad humana.

Tema 11. *Aceptación de la muerte.*

1. Introducción

Quizás nada destaca más la enorme distancia que media entre de la visión cristiana y trascendente de la vida humana, de un lado, y la visión inmanente del incrédulo, del otro, que las respectivas actitudes ante la muerte. Aunque, todos reconocen que la muerte es el fin inevitable de la vida biológica de cada ser humano, para el no creyente la muerte es el final definitivo de la existencia individual, cerrado al futuro, sin más allá ni esperanza. Para el que cree en Cristo y muere en Él, la muerte, aunque salario del pecado, no es una maldición ni un regreso a la nada, sino una ganancia: se abandona la morada terrenal de la vida presente, pero se adquiere una mansión eterna en el cielo.

Este destino de esperanza se cuenta entre los elementos que confieren a la muerte cristiana una dignidad singular; y convierte el tiempo que inmediatamente la precede, de ordinario una enfermedad terminal, en una oportunidad sin par. Entre las devociones tradicionales de la ascética cristiana se cuenta la aceptación de la muerte, una práctica que predispone a considerar como venidos de la mano de Dios el propio morir y los sufrimientos dolor que suelen acompañarlo; y que familiariza con la idea de que muerte y dolor cobran sentido como medio de expiación personal y cooperación a la obra redentora de Cristo. Aunque es muy cierto que llevar una vida recta y justa es el modo mejor de disponerse para la propia muerte, la preparación próxima que brinda la enfermedad terminal es una gracia grande. Se entiende así que podamos pedir a Dios, con la Iglesia, que nos libre de la muerte súbita e imprevista.

Sobre ese trasfondo de eternidad, se ha de considerar el valor salvífico del sufrimiento humano, y se han de analizar los problemas bioéticos de la enfermedad crónica incurable, de la enfermedad terminal y el tratamiento paliativo de sus síntomas.

Se completa este tema con una revisión de la problemática médico-legal y ética del diagnóstico médico de la muerte, un asunto estrechamente conectado con la ética de los trasplantes y que, a pesar del paso de los años, sigue suscitando inquietudes de orden antropológico, jurídico y ético.

2. La dignidad del morir

La muerte es un evento decisivo, el que más, para cada ser humano. Como episodio último de la vida, participa plenamente de la dignidad intrínseca e inalienable del hombre viviente. No hay, por tanto, muertes indignas como no hay vidas humanas carentes de la dignidad intrínseca que cada uno recibe con su humanidad. Esta razón sería suficiente para eliminar toda problematización de la dignidad objetiva del morir y de la muerte.

Es necesario, sin embargo, hablar de este asunto, pues no son pocas las muertes que, a ojos vistas, parecen faltas de ciertos tipos y manifestaciones de dignidad: bien de dignidad adquirida, la que uno va ganando con su esfuerzo en el recto ejercicio de su libertad, bien de la dignidad atribuida, a la que tenemos derecho, y que consiste en el respeto, la atención y el amor la que nos deben los otros, en especial los más próximos.

Muertes indignas e inhumanas las vemos cada día, provocadas muchas de ellas con violencia criminal; a la vez degradantes para los que las cometen, e injustas para los inocentes que las sufren. Que sobrevengan inopinadamente, sin preparación, las hace éticamente todavía más dolorosas. Son las muertes que entran en la cuenta del aborto, el crimen organizado, los daños

colaterales de las guerras, el terrorismo, los asesinatos políticos, o los homicidios por venganza u odio. La eutanasia y la ayuda médica al suicidio, que paradójicamente suelen invocar como su móvil principal el de proporcionar dignidad a la muerte, constituyen, por razón de sus autores, medios y circunstancias, el más grave atentado a la santidad de la vida y la dignidad de morir (sobre esto, véase el tema siguiente).

Podrían añadirse a este inventario de muertes, pobres en dignidad o carentes de ella, algunas otras: la de los pacientes víctimas de la negligencia, la obstinación o el abandono del médico; las de quienes mueren en accidentes de tráfico causados irresponsablemente por otros; también las causadas por las grandes pandemias o a consecuencia de catástrofes naturales, que por su gran número quedan sin atención médica, humanitaria o espiritual.

También se priva de dignidad a la muerte cuando se la oculta y o se la diluye hasta hacerla desaparecer. Empieza a insinuarse en algunos países avanzados la práctica de eliminar lo poco que permanece del ceremonial social de la muerte (duelo, entierro y funeral), y sustituirlo por conmemoraciones tardías, íntimas y sedantes, sin cadáver, entierro, cremación ni memoria de la muerte. Se trata así de hacer invisible la muerte, de eliminarla del contexto sociales, como un paso más de la negación del pecado: la muerte dejaría de ser el aguijón del pecado (cfr. 1 Cor 15:56).

Frente a tanta negación o falsificación, conviene reafirmar la dignidad del morir. Desde una perspectiva ético-médica, ¿en qué consiste esa dignidad? El médico no puede abandonar al enfermo: cuando la curación ya no es posible, continuará su asistencia para hacer confortables sus días finales. Es su modo de contribuir a la dignidad de la muerte, consciente de que la cercanía de la muerte no disminuye en nada la calidad humana de sus pacientes. No puede ver al incurable como si fuera un fracaso personal, ni mucho menos como a alguien por quien ya nada hay que hacer. Por el contrario, ha de cuidarlo con la misma ciencia y dedicación con que atiende a los demás. La inminencia de la muerte no suspende la relación médico-paciente, pero la cambia de signo: ante el incurable, el médico renuncia a su proyecto curativo, ya irrealizable, y le sirve de otra manera: le cuida, conforta y alivia, que son actos de elevada categoría profesional.

Una consecuencia inmediata del pronóstico infausto a breve plazo es el deber deontológico de advertir el médico, personalmente o a través de un familiar, al paciente de la cercanía de la hora de la muerte. Es una tarea delicada, pero obligada: morir con dignidad exige ese conocimiento, pues sin él no podría el paciente ponerse a la altura de tan singular ocasión y prepararse para ella. Un documento pontificio medieval cargó a los médicos con esa responsabilidad. El médico actuaba entonces de *nuntius mortis* y animaba al enfermo a poner en regla los asuntos de su hacienda y de su alma. Tiempo atrás, algunos moralistas opinaban que pecaba mortalmente el médico que no advertía al enfermo del peligro grave de muerte. Esta tradición deontológica contribuyó, a lo largo de muchos siglos, a dignificar la muerte, rodeándola de serenidad y piedad. Pero con la secularización de la medicina, el médico ha ido desentendiéndose de esa obligación o la ha dejado en manos de la familia. Esto puede tener consecuencias lamentables en algunas situaciones a las que la familia no tiene acceso: es el caso de los ancianos que viven y mueren solos, o de los pacientes que fallecen en el ambiente tecnificado de la medicina intensiva, sin calor humano ni ayuda espiritual o sacramental.

Hay muchas formas de morir. La fenomenología de la muerte es infinitamente variada. En algunos casos, el decaimiento del psiquismo o la degradación del cuerpo pueden ser extremos y provocar lástima o repugnancia. Pero ni siquiera en tales situaciones la dignidad del moribundo puede menguar. Un antiguo aforismo lo expresa con fuerza al decir que el hombre es *res sacra miser*, un ser en que se funden la miseria y lo sagrado. La una y lo otro nunca lo abandonan, ni en la vida ni en la muerte. La tenaz presencia de la sacralidad de la vida humana exige el cuidado permanente de la dignidad del morir.

~~Esto no es comprendido por los que, paradójicamente, pugnan a favor de la eutanasia en nombre del derecho a morir con dignidad. Niegan que el hombre sea una criatura vulnerable, susceptible de caer en la miseria corporal y de necesitar del auxilio de otros. Para ellos, el proceso de morir en la dependencia o en la precariedad biológica es incompatible con la dignidad humana, (mejor sería decir con la soberbia del hombre emancipado de Dios) y buscan liberarse de ellas mediante la eutanasia o, paradójicamente, de la ayuda del médico al suicidio.~~

3. La asistencia a las personas con enfermedades crónicas incurables

Se dice con frecuencia que la medicina es víctima de sus victorias. La curación de muchas enfermedades agudas y la mejora de la salud pública han traído consigo un alargamiento de la expectativa de vida. Crece el número de personas mayores. Pero a medida que se crece en edad, se manifiestan más deficiencias funcionales, se van acumulando las “cicatrices” de las enfermedades curadas, aparecen nuevos achaques. Son cada vez más los pacientes con varias enfermedades crónicas, que han de tratarse con muchos medicamentos. Son estos enfermos crónicos los que consumen la mayor parte del tiempo de los médicos, los que ocupan el mayor parte de las camas de los hospitales, los mayores causantes de gasto farmacéutico. Son también los primeros en sufrir la sobrecarga laboral de los médicos y los recortes de los gastos de salud.

Las enfermedades crónicas, fluctuantes o inexorables, pueden durar mucho tiempo, “toda la vida”. Eso quiere decir que o no son fáciles de curar o que son incurables. En unos casos, pueden originar unas relaciones médico-pacientes fieles, amistosas, duraderas; en otros, esas relaciones resultan conflictivas, tensas, frágiles. La enfermedad crónica duradera pone a prueba a médicos y pacientes.

Una situación especial es la que se crea en el caso de las enfermedades crónicas incurables que por su gravedad están abocadas a la muerte a corto o medio plazo. Llega un momento en que ese pronóstico infausto hace del paciente un paciente terminal, lo cual provoca un cambio trascendental en el modo de tratarlo. Las intervenciones curativas quedan para él ya fuera de lugar; más aún, están contraindicadas por inútiles, de modo que aplicarlas deliberadamente equivaldría a incurrir en una obstinación irracional. Por contraste, el pronóstico de incurabilidad abre el tratamiento a los cuidados paliativos, que tratan de aliviar los síntomas del paciente y de crear las mejores condiciones posibles de bienestar para él y su entorno durante el tiempo que le resta vivir. La medicina paliativa se preocupa de evaluar, tratar y prevenir el dolor y otros síntomas del paciente y de prestarle el necesario apoyo psicológico, emocional y espiritual.

En poco tiempo, la medicina paliativa ha crecido enormemente en conocimientos y aplicaciones. Es, en realidad, una especialidad médica que se practica en grandes hospitales, centros especializados de diferente naturaleza y en el domicilio de los pacientes, y que dispone de una amplia base científica y se propone un extenso programa de investigación. Requiere muchos conocimientos fisiopatológicos y farmacológicos sobre los mecanismos y tratamientos del dolor y de los síntomas, un alto nivel de capacidad comunicativa y sensibilidad humana, y un compromiso de respeto por las personas. No pretende alargar la vida de los pacientes terminales, pero tampoco acortarla, pues considera que todas las vidas son dignas de ser vividas y ningún tramo de ellas carece de dignidad. Como especialidad relativamente nueva ha de reexaminar constantemente la calidad de los cuidados que administra y optimizar la relación costes/beneficio de sus servicios. A la vez, como disciplina en expansión, trata de extender sus atenciones a los muchos pacientes que sufren enfermedades incurables largas y dolorosas: la actividad paliativa que en sus inicios se limitaba a los pacientes oncológicos, acoge hoy a enfermos procedentes de las otras especialidades médicas.

La medicina paliativa aparece hoy como la respuesta más prometedora a las necesidades de los pacientes incurables, capaz de oponerse con eficacia y humanidad a la tentación de la eutanasia.

4. Algunas cuestiones morales que plantean las posibilidades actuales de la analgesia y la sedación terminal

[Se usan aquí los términos conciencia y consciencia: el primero para designar la capacidad de juicio moral; el segundo, la capacidad de percepción del sí mismo y del ambiente.]

El alivio del dolor es, junto con el cuidado de la salud y la curación de la enfermedad, uno de los fines principales de la medicina. La ética profesional obliga a los médicos a tener ideas claras sobre la farmacología clínica de los analgésicos, de las causas y la dinámica del dolor, de cómo instaurar y mantener tratamientos eficaces y, sobre todo, de reconocerlo como una realidad muy compleja, de dimensiones fisiológicas, psicológicas y espirituales. La Medicina del dolor es hoy una especialidad clínica.

Los avances de la moderna farmacología clínica han esclarecido cuestiones muy significativas, que han servido para desterrar antiguos prejuicios. Una primera cuestión se refiere a la gran eficacia de los medicamentos analgésicos, no-opiáceos y opiáceos, tanto en el dolor agudo como en el crónico. Empleándolos, solos o en combinación (con fármacos antidepresivos y ansiolíticos, con dispositivos implantables de diferente tipo, con cirugía antiálgica, con terapias complementarias y otros), y siguiendo una escala racional es posible suprimir, o aliviar hasta el punto de hacer llevaderos los cuadros dolorosos que se presentan en la clínica, al menos, la inmensa mayoría de ellos cifrada en el 98%. La segunda se refiere al riesgo de adicción que podría conllevar el uso intenso de medicamentos opiáceos: la experiencia recogida de decenas de miles de pacientes revela que no existe tal riesgo en los pacientes para cuyo dolor esos fármacos están indicados. La tercera se refiere al peligro de acortar la vida que podría derivarse del uso de dosis crecientes de opiáceos requeridas para controlar los dolores crecientes de algunos enfermos: no se ha observado que esas dosis progresivas causen depresión respiratoria u otros efectos colaterales que pudieran anticipar la muerte. Se sabe que el efecto depresor respiratorio de la morfina desaparece en unos pocos días y no suele crear problemas en el tratamiento del dolor canceroso. Es bien sabido que la morfina reduce la disnea del paciente con cáncer.

Algunos avances recientes en el modo de relacionarse médicos y pacientes han removido algunos obstáculos del pasado para el correcto tratamiento del dolor. Un gran avance ha sido reconocer la gran importancia clínica del dolor subjetivo de los enfermos. El dolor no es sólo un síntoma que el médico usa en sus sospechas de posibles diagnósticos o como medida de la eficacia de sus tratamientos. Es antes de nada un fenómeno personal del paciente, un síntoma subjetivo que sólo el enfermo puede describir en sus características y tasar en su intensidad. Médicos y enfermeras han de tomar en serio lo que el paciente le refiere sobre su dolor: no pueden evaluarlo según sus ideas y prejuicios. El paciente es el árbitro de su propio dolor. Por eso han de preguntar al paciente sobre su dolor y creer en la evaluación que les ofrece el paciente. Han de responder a la información del paciente modulando la analgesia en intensidad y frecuencia para aliviar o suprimir el dolor. Y han de tratar el dolor antes de que vuelva mediante las medidas oportunas.

El dolor ha de ser tratado con competencia y circunspección. La Organización Mundial de la Salud ha elevado el consumo de opiáceos a la condición de índice de calidad de la medicina de los diferentes países. La Asociación Médica Mundial, por su parte, ha declarado obligada la competencia del médico en el manejo de los fármacos opiáceos y no-opiáceos en el tratamiento individualizado del dolor terminal, de modo que sus pacientes puedan terminar sus vidas con dignidad y consciencia.

~~Con estas ideas en mente, no sólo se pueden aplicar tratamientos analgésicos avanzados y eficaces, sino practicar de un modo verdaderamente humano el respeto por las personas y su dignidad, lo que implica la debida atención a la individualidad peculiar de cada una. El médico ha de respetar la voluntad del paciente, tanto cuando le pide atenuar el dolor y los sufrimientos, como cuando desea experimentarlos, cual es el caso de querer expiar por los pecados propios y ajenos. La decisión de aceptar el sufrimiento, a imitación de Cristo y para compartir su Pasión, es un acto de extraordinario valor y dignidad, de libertad y amor. Ante la decisión de Jesús en el Gólgota de no tomar el brebaje narcotizante que le ofrecían los soldados y conservar en la Cruz su consciencia despierta, Juan Pablo II comenta: "Consciencia y libertad: son los atributos irrenunciables del actuar plenamente humano. El mundo conoce muchos medios para debilitar la voluntad y ofuscar la consciencia. Es necesario defenderlas celosamente de toda violencia. Incluso el esfuerzo legítimo por atenuar el dolor debe realizarse siempre respetando la dignidad humana."~~

En una pequeña proporción de pacientes en fase ya muy avanzada o terminal de su enfermedad sucede que el dolor u otros síntomas insoportables (picores, disnea, náuseas, por ejemplo) no responden ya a los tratamientos más agresivos que permiten al paciente permanecer consciente. Es entonces el momento de plantear la posibilidad de la sedación paliativa. (La sedación se emplea en muchas otras circunstancias clínicas, en exploraciones médicas o intervenciones quirúrgicas, como intervención transitoria, después de la cual el paciente recupera su consciencia).

La sedación paliativa consiste en producir con medicamentos (benzodiazepinas combinadas con morfínicos u otros fármacos) un estado de inconsciencia que no excluye otras terapias necesarias (hidratación, por ejemplo). y se instaura de modo transitorio; esto es, se atenúa oportunamente para comprobar si permanece la falta de respuesta al tratamiento de los síntomas que la motivó. No pocas veces, la sedación ha de ser continuada hasta la muerte.

Algunos hablan entonces de sedación terminal. Es ese un término ambiguo y creador de confusión. Lo que caracteriza a la sedación terminal es la anulación de la consciencia hasta la muerte... Deja al paciente profundamente dormido, arreactivo, de modo que, a lo largo de algunas horas o de pocos días, se va debilitando por su enfermedad, la deshidratación y la inanición, hasta que finalmente muere sin agonía y sin conciencia. Hay fundadas sospechas de que, en ciertos lugares, la sedación terminal se aplica en casos en los que no está estrictamente indicada, sino que se la emplea como un recurso, fácil y directo, para resolver problemas diversos; por ejemplo, para tratar síndromes dolorosos que exigirían terapias complejas; para anticipar la muerte de pacientes desahuciados; para aligerar la carga de trabajo en servicios clínicos muy sobrecargados, o, finalmente, con ocasión de accidentes masivos, para dar solución aparentemente humanitaria a casos desesperados. Muchas de estas aplicaciones éticamente aberrantes han propiciado que a la sedación terminal se la denomine "eutanasia lenta", en razón de la intención con que se realizan y del tiempo (horas, días) que media entre su puesta en práctica y la muerte de los pacientes.

Ese mal uso de la sedación no impide que se pueda aplicar en casos y circunstancias seriamente justificadas. La sedación terminal es un último recurso, que no se puede inducir sin motivo grave y fundado, y sin el consentimiento lúcido y racional del paciente (o, en caso de incapacidad de éste, de su protector legal). Ha de ser solicitado y concedido con la seriedad que el caso exige. No es lícito arrebatarse al paciente en nombre de la eficiencia y sin respeto a sus convicciones religiosas.

Conviene recordar algunos derechos del paciente terminal, en especial el de tener acceso a tratamientos que le mantengan lo más libre posibles de dolor y otros síntomas, para poder morir conscientemente y con dignidad; también a decidir el lugar preferido para morir, idealmente en la propia casa, rodeado del afecto y atenciones de sus allegados. Tiene también el derecho y el deber de preparar su muerte mientras disfruta de consciencia, por lo que no debería ser privado de ella sino después de haber puesto en orden sus asuntos espirituales y materiales. Es necesario rehabilitar el derecho de todo paciente a la atención espiritual, a veces prestada con

~~negligencia en algunas instituciones sanitarias. A un fiel católico, a través de su párroco o del capellán del hospital, se le ha de facilitar la recepción de los sacramentos (Confesión, Unción de los enfermos, Viático) y la preparación ascética para la muerte.~~

5. Valor salvífico del dolor humano

Desde el punto de vista de la moral cristiana, es correcto y aún obligado aliviar el dolor, pues cuando es intenso o llega a hacerse insoportable puede tener efectos destructivos en las personas: puede impedirles cumplir sus deberes de oficio, dañar sus relaciones familiares, agriar su carácter o llegar a la desesperación. Es también bueno y meritorio aceptarlo, si se lleva con rectitud de intención y no redundan en perjuicio propio o ajeno. No se trata entonces de soportarlo estoicamente, de aguantarlo por ascetismo naturalista, sino de ofrecerlo a Dios: alcanza entonces valor salvífico si es fruto de la virtud de la caridad, esto es, si nace del amor a Dios y a Él se le ofrece en unión con Cristo paciente. Con sencillez resumía esta doctrina San Josémaría Escrivá: “El dolor físico, cuando se puede quitar, se quita. ¡Bastantes sufrimientos hay en la vida! Y cuando no se puede quitar, se ofrece”.

Que el dolor sea salvífico, corredentor, podría parecer una paradoja. La desentrañó Juan Pablo II en su Carta apostólica de 1984 *Salvifici doloris (SD)*, una profunda meditación sobre el misterio del dolor y el significado cristiano del sufrimiento humano. En esencia, alude el Papa a la universalidad del sufrimiento: éste ha acompañado a la humanidad en todo tiempo y en todas partes; alude también a la complejidad de los elementos (físicos, psicológicos, morales, espirituales) que lo componen. Reconoce la gran contribución de la medicina a la prevención y alivio del dolor, pero añade que la ciencia es incapaz de esclarecer el significado de la experiencia humana del sufrimiento. Nos habla también de cómo la filosofía ha tratado de entender el dolor y de cómo el sufrimiento ha sido interpretado en las diferentes culturas.

El núcleo del mensaje de *SD* está en la afirmación de que sólo podemos entrar en el misterio del dolor de la mano de Cristo, que nos lo ha revelado con su vida y su enseñanza. Esta se puede concretar en dos proposiciones fundamentales: que el hombre puede sacar un gran bien de su experiencia del sufrimiento; que el hombre está obligado a ayudar y procurar el bien de los que sufren.

Que para el hombre el sufrimiento pueda ser un gran bien es parte del Evangelio. Hay una buena nueva del dolor, que no aparece en el Viejo Testamento. Este nos dice que sería un error reducir el sentido del dolor exclusivamente a ser castigo personal de los pecados y crímenes de los hombres: la historia bíblica de Job nos muestra con extraordinaria viveza que el sufrimiento puede golpear con extremada dureza al inocente. Pero a la pregunta ¿por qué sufrimos?, el Viejo Testamento da respuestas siempre parciales e insuficientes. Sólo Cristo nos lleva a descubrir el “por qué” y el “para qué” del sufrimiento en la medida en que somos capaces de comprender la sublimidad del amor divino.

Es necesario, señala Juan Pablo II, ponderar la actitud de Cristo ante el dolor. Jesús no se limitó a enseñar una teoría. Puso ciertamente “en el centro de su enseñanza las ocho bienaventuranzas, que van dirigidas a los hombres probados por diversos sufrimientos en su vida temporal”. Pero, sobre todo, Jesús nos enseñó con su ejemplo cómo vivir el dolor, vencéndolo con el amor. Llevó una vida en la que abundó el sufrimiento: experimentó el cansancio, no tuvo un techo bajo el que cobijarse, encontró incomprendimientos de parte de discípulos y parientes, se vio rodeado cada vez más cerradamente por un círculo de hostilidad, tuvo que andar huido de los que trataban de eliminarlo de entre los vivos. Jesús habló en muchas ocasiones a sus discípulos de los sufrimientos que le esperaban y de la muerte atroz que iba a padecer en la Cruz. Pero les insistía que en el dolor estaba la felicidad de cumplir la voluntad del Padre, y que con la Resurrección vendría su triunfo sobre la muerte.

~~Insiste SD en la idea de que con la Pasión y Muerte de Cristo el dolor humano ha encontrado un nuevo significado, entra en una situación nueva al hacerse corredentor. Y destaca que “en la cruz de Cristo no sólo se ha cumplido la redención mediante el sufrimiento, sino que el mismo sufrimiento humano ha quedado redimido [...].Cristo ha elevado el sufrimiento humano a nivel de redención. Consiguientemente, todo hombre, en su sufrimiento, puede hacerse también partícipe del sufrimiento redentor de Cristo.” (SD, 19). Y añade más adelante que habiendo traído el sufrimiento de Cristo la redención al mundo, un bien que es, en sí mismo, inagotable e infinito, al que ningún hombre puede añadirle nada, ocurre que “en el misterio de la Iglesia como cuerpo suyo, Cristo en cierto sentido ha abierto el propio sufrimiento redentor a todo sufrimiento del hombre. En la medida en que el hombre -- en cualquier lugar del mundo y en cualquier tiempo de la historia -- se hace partícipe de los sufrimientos de Cristo, completa, en esa medida y a su manera, el sufrimiento mediante el cual Cristo obró la redención del mundo”. (SD, 24) . Este es el gran bien que el hombre, uniendo sus sufrimientos a los de Cristo, puede sacar de su experiencia del dolor.~~

En su segunda proposición, Juan Pablo II señala que el hombre está obligado a ayudar y procurar el bien de los que sufren. Hacia el final de SD, Juan Pablo II incluye una larga e intensa reflexión sobre la parábola del Buen Samaritano, como parte principal del Evangelio del sufrimiento. En el pensamiento del papa Wojtyla, la revelación que Cristo hace del sentido salvífico del dolor es incompatible con la resignación pasiva y fatalista ante el sufrimiento del prójimo. La parábola nos dice que no podemos pasar de largo ante el que sufre, sino que debemos «pararnos». El buen samaritano es bueno porque tiene compasión y es sensible al sufrimiento del hombre apaleado: no sólo se conmueve, sino que actúa, porque descubre el valor salvífico de darse a sí mismo para ayudar al otro en su sufrimiento. El Papa integra la parábola del Buen Samaritano con las sorprendentes palabras, recogidas en el Evangelio de San Mateo, con que Jesús dicta sentencia en el Juicio final: Cristo concede valor salvífico a las acciones de los que se pararon ante las carencias y sufrimientos de sus hermanos pequeños y procuraron ponerles remedio. En la perspectiva del juicio final, enseña SD, Cristo declara sin ambigüedad “cuán esencial es, en la perspectiva de la vida eterna de cada hombre, el pararse, como hizo el buen Samaritano, junto al sufrimiento de su prójimo, compadecerse de él, y finalmente ayudarlo” (SD, 28-29).

Juan Pablo II concluye sus reflexiones con una tesis esclarecedora y llena de audacia sobre el misterio del sufrimiento humano. Dice que “en el programa mesiánico de Cristo, que es a la vez el programa del reino de Dios, el sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la «civilización del amor» “. (SD, 30).

6. Problemas médico-legales y éticos en torno al diagnóstico de la muerte

El diagnóstico de la muerte es una cuestión compleja por sus implicaciones teológicas, filosóficas, legales y biomédicas. Desde una perspectiva médica, tanto legal como ética, la constatación de la muerte cobra importancia decisiva en relación con ciertos asuntos, tales como el trasplante de órganos, la práctica de las autopsias, la inhumación del cadáver o su cremación. Todos esos actos requieren un diagnóstico previo e indubitable de que se ha producido la muerte real, no una apariencia de muerte.

El diagnóstico “clásico” de la muerte en medicina legal se basaba en la comprobación de los signos cadavéricos, que suelen manifestarse sólo al cabo de unas horas de acaecido el deceso. Ese tiempo podía reducirse aplicando ciertas maniobras (auscultación, inspección, punciones, inyecciones, etc.). Pero cuando se hizo necesario un diagnóstico lo más inmediato posible al momento de la muerte, ya que así lo exigía la obtención de órganos en condiciones óptimas para el trasplante, fue necesario establecer criterios precisos y seguros que pudiesen aplicarse lo antes posible. Surgieron así los protocolos médicos para diagnosticar la muerte mediante

~~criterios cardiorrespiratorios y neurológicos. Con ellos nacieron los conceptos impropios de muerte cardiorrespiratoria y de muerte cerebral y la confusión que le es aneja. Muere el individuo, no su cerebro o sus órganos cardiorrespiratorios. Para comprobar si el individuo está muerto los médicos hacen uso de los citados criterios.~~

En principio, el diagnóstico de la muerte con criterios cardiorrespiratorios no supuso mucha novedad: era una forma de diagnóstico clásico, que hubo de refinarse para evitar errores en la comprobación de la parada de la función cardíaca o asistolia. Las normas legales exigen constatar la ausencia de movimientos respiratorios, de pulso central, y de actividad en el registro electrocardiográfico. Estos hallazgos negativos no se modifican tras aplicar una serie especificada de maniobras de reanimación cardiopulmonar. Las intervenciones para la obtención los órganos para trasplante no podrán iniciarse sino después de transcurrido un período no inferior a cinco minutos tras el diagnóstico comprobado de la muerte.

El diagnóstico de la muerte mediante criterios neurológicos ha originado notables problemas. Los donantes potenciales son pacientes en coma irreversible causado por graves lesiones cerebrales (traumáticas, vasculares, tumorales), que venían siendo atendidos en unidades de cuidados intensivos con mantenimiento artificial cardiorrespiratorio (respirador, estimulación cardíaca). En esos casos, a consecuencia de las peculiares condiciones de la circulación intracraneal, puede el encéfalo quedar privado de riego sanguíneo, lo que determina en pocos minutos la muerte por anoxia del cerebro y del tronco cerebral: el paciente, gracias al mantenimiento artificial cardiorrespiratorio, parece seguir viviendo, pero su encéfalo ya muerto empieza a sufrir cambios post-mortales. Cuando se tienen pruebas neurológicas (de reflejos y otras funciones) o de neuroimagen, compatibles con el diagnóstico de muerte del encéfalo, es obligado realizar un protocolo complementario, establecido por la normativa al caso, que trata de constatar, transcurrido un determinado periodo de observación, la ausencia total e irreversible de la función cerebral. Aplicados rigurosamente los criterios más actualizados emitidos por los neurólogos, se puede tener la seguridad moral de que se ha producido la muerte encefálica total. Se ha señalar que nunca se ha observado que un paciente con muerte encefálica se haya recuperado: empíricamente el diagnóstico de muerte mediante criterios neurológicos correctamente aplicados equivale al diagnóstico de muerte del individuo.

Desde el punto de vista de la teología moral, ¿la muerte encefálica se puede considerar como indicativa de la muerte de la persona? Juan Pablo II, el año 2000, explicó a los participantes en el Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes la visión de la Iglesia católica sobre el problema de la determinación de la muerte. Reiteró la doctrina, en parte ya anticipada por Pío XII de que la licitud moral de la obtención de órganos de cadáver para trasplante, si consta el consentimiento del donante y se cumple el requisito esencial de haber constatado la muerte del donante. Añadió que la Iglesia se abstiene de entrar en cuestiones técnicas sobre los criterios fisiológicos de determinación de la muerte, cosa que compete gravemente a los médicos. En concreto, el papa dijo que la “donación *post-mortem* presupone una constatación objetiva y probada de la muerte. La Iglesia no hace opciones científicas acerca de los actuales parámetros de certificación de la muerte (bien los signos encefálicos, bien los más tradicionales signos cardiorrespiratorios). Se limita a cumplir su deber evangélico de confrontar los datos que brinda la ciencia médica con la concepción cristiana de la unidad de la persona”. Y concluía que “[...] la cesación total e irreversible de toda actividad cerebral, si se aplica escrupulosamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica”.

Desde el punto de vista moral, parece quedar claro que los criterios de muerte encefálica rigurosamente aplicados permiten deducir que el paciente ha muerto como persona, consideradas las cosas desde una visión cristiana del hombre. En la práctica clínica, mientras no se haya certificado la muerte conforme a los criterios científicos más avanzados disponibles, debe haber una separación “ética” entre los médicos que atienden al paciente mientras todavía vive, y los que forman el equipo de extracción y trasplante de los órganos. La frontera ética está marcada por la rigurosa comprobación de la muerte del paciente conforme a la ciencia del momento.

A algunos médicos, y también a no poca gente común, se les hace arduo, sin embargo, aceptar que un 'paciente' que cumple los criterios neurológicos de muerte encefálica esté muerto como persona, pues mientras no se suspenden las técnicas de apoyo vital, su apariencia es la de una persona viva. Esa apariencia puede continuar muchos días, incluso semanas: algunas mujeres gestantes han recibido apoyo funcional durante más de diez semanas a fin de alcanzar la viabilidad del feto y proceder así a una cesárea post-mortem. Cuando se suspende el apoyo vital, el aspecto de esos sujetos se muda en pocos segundos: el que parecía vivo parece un cadáver. Las personas reacias a admitir el concepto de muerte cerebral como muerte de la persona se sienten inclinados a pensar que la suspensión del apoyo vital equivale a provocar la muerte del sujeto, pues no pueden aceptar que en éste no se de la integración unitaria de funciones que se atribuye a la unidad sustancial de alma y cuerpo, al cuerpo vivo, a la persona.

A esta opinión se puede objetar que, en el caso de muerte encefálica comprobada, la suspensión del apoyo vital no se puede calificar de muerte provocada de un sujeto vivo, sino como la cesación de unos cuidados a un sujeto ya muerto, cuidados que son fútiles desde el momento en que la muerte encefálica ha sido comprobada más allá de toda duda razonable.

Lógicamente, la polémica sobre la equivalencia teórica entre muerte encefálica y muerte de la persona continuará indefinidamente.

Tema 12. La eutanasia

1. Introducción

La eutanasia y el suicidio con la ayuda del médico son objeto de un intenso e inacabable debate en el que se enfrentan la cultura de la vida y la cultura de la muerte. Esta última, dando ya por vencida la batalla legal y social del aborto, concentra ahora sus energías en promover la aceptación social y legal de la eutanasia. Por eso, nada parece más importante, desde la cultura de la vida, que reconocer ese desafío y dar justa y razonada respuesta a los argumentos, y a las argucias, de la ideología pro-eutanasia.

Son muchos los valores religiosos, antropológicos y éticos que están ahí en juego. Entre otros, el sentido del sufrimiento y de la muerte, los límites de la autonomía del hombre y de su dominio sobre sí mismo y su vida, y los papeles que la medicina, la familia y la sociedad han de jugar en la enfermedad terminal. Es necesario mucho estudio y reflexión para comprender más a fondo esos valores y dar de ellos una visión crítica, convincente y atractiva.

No es fácil el diálogo con quienes buscan introducir como un derecho humano el de acabar con la vida que se antoja sin valor o insoportable: aunque su ideología permanece inalterada en el tiempo, sus tácticas y argumentos cambian. Los movimientos en favor de la eutanasia han ido mudando sus motivaciones y sus eslóganes.

Al principio invocaban la muerte compasiva del paciente aplastado por el dolor. Este motivo y su eslogan "muerte compasiva" quedaron vacíos de contenido con los avances de la terapia analgésica y de la medicina paliativa. En un segundo momento, haciendo resonar algunos casos de personas comunes que originaron famosas sentencias judiciales y, sobre todo, de algunos personajes públicos que resonaron en los medios de comunicación, víctimas todos ellos del abuso terapéutico, el activismo pro-eutanasia introdujo el eslogan de la "muerte con dignidad". Para ello, se escudó con oportunismo en la dinámica de los derechos de los pacientes, en concreto en el derecho a aceptar o rechazar las intervenciones del médico y a hacer valer su voluntad mediante el testamento vital o las instrucciones anticipadas. Este segundo motivo perdió toda su fuerza cuando, de una parte, la medicina intensiva, alcanzada la madurez, puso límite a sus intervenciones desproporcionadas, y de otra, las normativas sobre derechos de los pacientes se

—armonizaron con la ética profesional de los médicos. En años más recientes, la motivación para la eutanasia tiende a basarse en la tajante proclamación del derecho de cada uno a disponer de su vida como señor absoluto de ella si la juzgara carente de la calidad deseable. En Holanda, por ejemplo, los tribunales han reconocido que es motivo justificante de la eutanasia, además del sufrimiento físico y psicológico, el llamado sufrimiento “existencial”, que incluye el cansancio de vivir, la soledad, el no valerse uno por uno mismo para las tareas rutinarias y tener que depender de otros, o la previsión de un futuro sin alicientes.

Es la mentalidad pro-eutanasia se mezclan elementos de naturaleza muy diversa y compleja, que Juan Pablo II identificó y no dudó en incluir en la “cultura” de la muerte (EV, 64). Conviene, conocerlos, a fin de evaluarlos y refutarlos. Son estos:

En primer lugar, la **ceguera ante lo trascendente**. Muchos hombres y mujeres de hoy, al abandonar la fe en Dios, han perdido el sentido de la muerte: no perciben ya ni su valor ni su misterio. Para ellos, la muerte no se abre a un más allá, por lo que sólo les cabe replegarse sobre la inmanencia de la vida presente, cuyo valor tasan en la medida en que les produce placer. En consecuencia, unas veces, cuando la muerte trunca una vida de bienestar y expectativas halagüeñas se les representa como absurda; cuando, otras veces, la muerte, gracias a la eutanasia, alivia de la carga de una vida carente ya de atractivo y calidad, se la tiene como liberación y ventaja.

En segundo lugar, el **rechazo del sufrimiento**, rasgo primario del estilo de vida hedonista. El sufrimiento y la infelicidad son males, no sólo psicológicos, sino morales que, como tales, se han de minimizar o excluir de la existencia. El dolor -- privado así de sentido humano y, sobre todo, de valor salvífico, redentor -- deviene algo sinsentido. Si uno no puede librarse de él, le cabe recurrir a la eutanasia como liberación reivindicada.

En tercer lugar, la **obsesión por la eficiencia**, la productividad, la autosuficiencia. Uno vale en la medida en que es un factor positivo que contribuye al buen funcionamiento de la sociedad. Por el contrario, tener que depender de otros destruye la autoestima y mustia el deseo de vivir. El activismo pro-eutanasia es impulsado por gente que se obsesiona por la buena salud, por el florecimiento personal. De ahí nace la pretensión de valerse siempre por sí mismos, de no necesitar de los demás. Es esta una mentalidad que fomenta un mundo de extraños morales, que viven por y para sí mismos. En una sociedad así, los ancianos y discapacitados son vistos como una carga.

En cuarto lugar, el **temor a la obstinación terapéutica**, una idea que, invocada en su día para moderar los abusos de la medicina intensiva, apenas tiene hoy fuerza. Pero persiste en el ideario pro-eutanasia como trofeo de una batalla ganada contra el poder médico, que aseguró el derecho del enfermo a decidir.

Por último, la pretensión de que la eutanasia hace al **hombre dueño de su propia muerte**, como antes lo ha sido de su propia vida y destino. La muerte de la eutanasia no es solo una muerte que el hombre domina y programa en el tiempo y el modo, sino que, convertida en acción autónoma, deja de ser misterio.

Esa es la ideología, compleja, altanera y dura, negadora del poder de Dios y de la debilidad del hombre, que subyace a la mentalidad pro-eutanasia. Juan Pablo II (EV, 64), nos señala el itinerario intelectual que hay que recorrer para darse cuenta a fondo la eutanasia: la consideración en profundidad de sus elementos lleva a comprender que lo que podría parecer lógico y humano es, en realidad, algo absurdo e inhumano.

2. Definición y tipos

Para estudiar el fenómeno múltiple de la eutanasia, para tener en orden las propias reflexiones, para informar a otros, y, por último, para participar en los correspondientes debates, es imprescindible decidir qué términos va uno a usar y con qué significado. Las incontables publicaciones y los enfrentamientos interminables en torno a la eutanasia han ido produciendo, inadvertida o deliberadamente, una grave erosión de las palabras, de modo que un mismo término puede representar realidades diferentes para diferentes individuos. Con la laudable intención de clarificar el lenguaje usado y superar la ambigüedad terminológica se han creado palabras nuevas o modificado términos ya en uso, añadiéndoles nuevos prefijos o nuevos calificativos. A medida que se acuñan nuevas expresiones, crece el desconcierto. Conviene, por tanto, devolver a las palabras el significado original, y desechar las expresiones que perpetúan la confusión. Es necesario volver a la sencillez.

Definición. Reducida a sus términos más esenciales, *la eutanasia se puede definir como la acción por la cual el médico, a petición un paciente que sufre dolor físico o psíquico insoportable, pone fin deliberadamente a la vida de éste.*¹

Esta sencilla definición implica que:

Aunque la acción que pone fin a la vida del paciente sea de ordinario un acto positivo (una inyección letal, por ejemplo) que intencionalmente busca una muerte indolora y “dulce”, esa acción puede consistir también en omitir adrede una intervención necesaria para salvar la vida de un paciente curable (privando, por ejemplo, de la atención apropiada a un enfermo en coma transitorio). En ese caso, la omisión tiene todo el carácter de acto deliberado destinado a provocar la muerte. No merece, pues, la pena hablar diferenciadamente de eutanasia por comisión y de eutanasia por omisión: una y otra son igualmente eutanasia, son igualmente activas.

La necesidad de la intencionalidad de provocar la muerte eutanásica es patente: no es eutanasia la muerte no buscada, accidental, de un paciente, que acaece como fenómeno adverso, no deseado, en el curso de un tratamiento médico. Tampoco hay intencionalidad homicida en el caso de la limitación legítima del esfuerzo terapéutico, justificada por la inoperancia de la intervención que se suspende o no se inicia. Pero hay intencionalidad homicida, por compasivos y llenos de ternura que sean los móviles, si las acciones se encaminan a poner fin a una vida.

La eutanasia ha de realizarse a petición del paciente, que es a veces sustituida por la de sus allegados como testigos y representantes del paciente. Dar muerte a un paciente sin que él lo haya pedido, encargado o consentido, no es eutanasia: es un homicidio. Por tanto, la expresión eutanasia voluntaria es redundante y creadora de confusión. El médico no es dueño de la vida de sus pacientes. Se convierte en homicida cuando pone fin a la vida de un enfermo consciente y capaz, sin advertírselo, “por la espalda”, sin haber solicitado su consentimiento; lo mismo que si administra la muerte a un enfermo inconsciente y que no puede consentir. Esas acciones, a las que muchos llaman respectivamente eutanasia no-voluntaria y eutanasia involuntaria, no son eutanasias: son homicidios, por dulcemente que se ejecuten.

Por lo común, es un médico el autor de la eutanasia. Podrían practicarla también una enfermera, o un allegado que tuviera los mínimos conocimientos o destrezas. Eso no obstante, juzgar el motivo (dolor insufrible) y elegir y poner los medios (inyección letal, suspensión de cuidados)

¹ La definición precedente, junto con las explicaciones que la siguen, coincide en esencia con la que Juan Pablo II, incluye en *EV*, 65, transcrita de la Declaración *lura et bona*: “Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados”.

~~son cosas que tienen que ver con el ejercicio profesional de la medicina. La eutanasia exige un contexto médico.~~

Con la definición y las aclaraciones precedentes, es posible evaluar y desechar muchos términos superfluos, a veces engañosos, que contaminan o complican el estudio y el debate bioético de la eutanasia. Muchos términos que añaden prefijos al lexema *-tanasia*, nada tienen que ver con un tratamiento riguroso de la eutanasia, como, por ejemplo: apotanasia (prolongación de la vida o retardo de la muerte); distanasia (obstinación terapéutica); cacotanasia (en principio, muerte atormentada o macabra; expresión, además, inservible en razón de los múltiples significados que se le han asignado); criptotanasia (homicidios ocultos, clandestinos, llevados a cabo entre individuos pertenecientes a grupos marginales o cometidos por fanáticos del activismo pro-eutanasia); ortotanasia (muerte correctamente atendida, no interferida por la obstinación terapéutica o el abandono).

Son más preocupantes las expresiones que combinan la palabra eutanasia y un calificativo de significado moral. Ya se ha aludido antes a lo perturbador de clasificar la eutanasia como voluntaria e involuntaria. Dos denominaciones de “eutanasia con calificativo”, que sería bueno desechar, tienen especial interés, en razón de su frecuente uso entre los moralistas: son las expresiones “eutanasia indirecta” y “eutanasia pasiva”.

Se habla de ***eutanasia indirecta*** cuando se supone que el tratamiento correcto de los síntomas puede conllevar una anticipación del momento de la muerte del paciente así tratado. Pero eso no es eutanasia, porque no es una acción que, por su naturaleza, su intención o su método, busque provocar la muerte deliberada; sólo busca tratar un sufrimiento. No es necesario justificar la supuesta eutanasia indirecta en el principio del doble efecto. Más aún, el término debe ser desterrado por dos razones: la primera es que crea la impresión de que hay formas de eutanasia moralmente correcta, inocentes, lo cual es contradictorio en sí mismo. La segunda es que, si se cumple el requisito de que el tratamiento es correcto conforme al arte terapéutico vigente, no es aceptable hoy, la idea heredada de la medicina clínica del pasado, de que ese tratamiento acorte la vida. No hay demostración empírica de que se pueda dar una anticipación terapéutica de la muerte, como tampoco la hay de que los pacientes terminales cuyos síntomas son correctamente aliviados vivan más tiempo. La farmacología clínica moderna rechaza, como un mito, la vieja noción de que la escalada de dosis de opiáceos necesaria para mitigar el dolor induce una depresión respiratoria de intensidad tal que anticipa la muerte. En el tratamiento del dolor crónico, analgesia y depresión central siguen un curso paralelo: a medida que el dolor se hace refractario y crece la dosis necesaria para aliviarlo, crece también la resistencia del centro respiratorio bulbar a los opiáceos y, consiguientemente, la dosis que sería necesaria para deprimirlo.

Se llama ***eutanasia pasiva*** al acto de no iniciar o de suspender tratamientos que, en bien fundada conciencia profesional, son reconocidos como inútiles, y que pueden ser, a su vez, causa de sufrimientos gratuitos y prolongados y de una no deseada, aunque prevista, anticipación de la muerte. En esa denominación se contienen dos errores. De un lado, ha de tenerse por impropio llamar eutanasia pasiva a un tratamiento que no lo es. La correcta decisión de limitar el tratamiento a las medidas paliativas para no incurrir, o perseverar, en el abuso terapéutico se sitúa éticamente en los antípodas de la eutanasia en la intención y en el proceder. De otro, los cuidados paliativos no pretenden anticipar o retrasar deliberadamente el momento de la muerte del paciente. (Más sobre este punto en el epígrafe sobre la distinción entre “matar” y “dejar morir”).

En estrecha conexión ética con la eutanasia está el suicidio asistido por el médico. En él, el médico, traicionando su compromiso de servidor de la vida, sucumbe a la petición del paciente, y para que éste pueda poner fin a su existencia terrena cuando así lo decida, le hace entrega de una dosis letal de fármacos y las correspondientes instrucciones de uso. En apariencia, queda así a salvo la voluntariedad del paciente en su propia muerte, de la que aparece como único autor. Pero esa autonomía descarriada del paciente no puede disimular la complicidad del médico en

su muerte, el frío abandono implícito en esa conducta complaciente y letal, en la que al error de la falsa compasión se suma la injusticia de quien, por vocación, está llamado a cuidar de la vida.

3. Valoración ético-médica

Hay un contraste muy fuerte entre la valoración ética de la eutanasia que los médicos ofrecen en sus códigos de ética profesional, y los diversos pareceres que los bioéticos dan a conocer en sus artículos y libros.

En ninguno de los textos codificados de ética y deontología médicas publicados hasta el momento aparece reconocida como conforme a la ética profesional de la medicina la práctica de la eutanasia o de la ayuda médica al suicidio. La Asociación Médica Mundial mantiene una postura clara y representativa en sus dos Declaraciones, actualizadas en 2005, *Sobre la eutanasia* (“La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”) y *Sobre el suicidio con ayuda médica* (“Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a una persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética”). Es cierto que algunos códigos guardan silencio sobre el particular, como ocurre, por ejemplo, en Bélgica y Holanda, países en que la legislación autoriza la eutanasia [no así en Luxemburgo, donde, a pesar de una ley despenalizadora de la eutanasia (2009), sigue vigente el Código de Deontología (2005) que prohíbe al médico dar muerte o ayudar a morir deliberadamente a un paciente].

No es fácil calcular por cuánto tiempo las asociaciones nacionales de médicos mantendrán con firmeza el tradicional deber deontológico de no causar la muerte del enfermo, ni cooperar en su suicidio. Muchas encuestas, de fiabilidad cuestionable, indican una preocupante disociación entre el pensamiento y la práctica de los médicos: son numerosos los que dicen estar a favor de una legislación tolerante de la eutanasia, pero son muchos menos los que estarían dispuestos, aunque la ley lo autorizara, a terminar la vida de los pacientes que se lo pidieran. Los médicos están obligados a tomar una posición firme en este asunto dentro de sus organizaciones profesionales y asociaciones científicas, pues de él depende la esencia misma de la medicina como vocación de servicio a la salud y la vida de los hombres.

En contraste, en la inabarcable bibliografía bioética son sumamente dispares y contradictorias las valoraciones que filósofos, teólogos y médicos ofrecen sobre la moralidad de la eutanasia y los argumentos que las basan. Lógicamente, muchos artículos y libros tienen un tono polémico. Son muchos bioéticos que proponen que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido han de permitirse dentro de ciertos límites, a veces sumamente laxos. Suelen cubrir de ropaje filosófico los elementos ideológicos de la mentalidad pro-eutanasia, basándose en criterios utilitaristas y hedonistas: sus argumentaciones miran tanto a los aspectos teóricos de la eutanasia (sentido del sufrimiento, preeminencia de la autonomía moral, dominio del hombre sobre la propia vida, aplicación de la muerte dulce a los incapaces, derecho a morir); como a cuestiones de ética aplicada (modos de regular por ley la práctica estricta de la eutanasia y de evitar la deriva hacia posibles abusos; objeción de conciencia, resolución de casos). Con el paso del tiempo y la persistencia de las polémicas, exprimidos hasta el límite los argumentos, la discusión en los últimos años se ha vuelto cada vez más sofisticada y también más repetitiva. Hay indicios de que el debate filosófico parece próximo a agotarse.

4. Valoración teológica

En *EV*, 65, Juan Pablo II contiene nos da una profunda y vigorosa valoración teológico-moral de la eutanasia. El Papa recapitula la problemática médica del final de la vida: recuerda la definición de eutanasia contenida en la declaración *Iura et bona*; trata de la licitud de renunciar, ante la muerte inminente, a los medios desproporcionados; rechaza el enañamiento terapéutico al tiempo que ensalza los cuidados paliativos, entre los que reconoce el uso legítimo de la sedación

cuando hay muy graves razones para privar al moribundo de la conciencia; y destaca la dignidad humana y cristiana de la aceptación voluntaria del dolor.

A renglón seguido, poniendo el máximo posible de solemnidad, uniendo su Magisterio al de los Pontífices precedentes y al del Concilio Vaticano II, en comunión con los Obispos, el Papa declara y confirma que *“la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio.”*

La valoración moral que Juan Pablo II hace de la eutanasia no se limita a esa enérgica y solemne condena. En EV, 66 incluye muchas notas y apreciaciones sobre el valor especial de la vida terminal, describe el tono de genuina humanidad que se ha de poner en la atención de los débiles. El cuidado de los moribundos nace de un sentido vivo de la justicia.

En cuanto acto aislado, el papa, califica la eutanasia de absurda e inhumana, pues ve en ella no sólo “el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre”, sino una traición a la hermosa virtud humana de la compasión, que resulta así falsificada y pervertida. Recuerda el Papa que “la verdadera ‘compasión’, que nos hace solidarios con el dolor de los demás, no elimina a la persona cuyo sufrimiento no podemos soportar”. El hecho de que la eutanasia sea obra de los médicos o, incluso, los familiares de la víctima, personas especialmente obligadas a amar al enfermo y a cuidarlo, la hace aparecer todavía más perversa.

En cuanto norma social, la legalización de la eutanasia contradice, a juicio del Papa, el derecho inviolable a la vida, niega la igualdad de todos ante la ley, constituye un abuso de poder por parte de legisladores y médicos que se arrojan, y usurpan a Dios, la potestad sobre la vida y la muerte del inocente. De ese modo, la eutanasia reitera la tentación del Edén: el hombre quiere ocupar el lugar de Dios, a determinar el bien y el mal, a dar la vida y a quitarla. El Papa concluye su juicio moral de la eutanasia con estas palabras: “Cuando el hombre usurpa este poder, dominado por una lógica de necedad y de egoísmo, lo usa fatalmente para la injusticia y la muerte. De este modo, la vida del más débil queda en manos del más fuerte; se pierde el sentido de la justicia en la sociedad y se mina en su misma raíz la confianza recíproca, fundamento de toda relación auténtica entre las personas”.

5. Debate bioético actual acerca de la distinción entre “matar” y “dejar morir”.

Desde hace treinta años, se viene debatiendo en bioética la importante distinción entre matar y dejar morir. El conflicto surgió cuando, desde una perspectiva utilitarista, algunos autores pretendieron eliminar esa distinción, tradicionalmente aceptada por todos, y propusieron la tesis de la equivalencia entre matar y dejar morir, entre eutanasia y no interferir el proceso de morir ya iniciado. Buscaban así eliminar la diferencia entre eutanasia y limitación del esfuerzo terapéutico (o como suele decirse, impropriamente, entre eutanasia activa y eutanasia pasiva). Querían así legitimar la conclusión de que, siendo moralmente aceptable permitir la muerte de algunos, había de tenerse como moralmente aceptable también, en ciertas condiciones, poner término a la vida otros.

Éticos de tendencia proporcionalista añadieron el argumento de que si a un paciente gravemente enfermo no le asisten razones graves para seguir viviendo, estaría justificado dejarle morir, en vista su vida es superfluo para él mismo y para los demás, puesto que ya no parece capaz de ejercer los valores humanos de amistad, justicia o utilidad. De este modo, la medicina se convierte en una actividad regida por criterios utilitaristas. No debe aplicarse en los casos en que no puede ya alcanzar unos resultados satisfactorios en calidad de vida, utilidad laboral o

~~bienestar social: vale la medicina en la medida en que es medio para alcanzar el fin de aligerar la carga total de sufrimiento humano, no para conservar vidas precarias.~~

No es posible presentar con un mínimo de detalle sobre los argumentos y las polémicas habidas. Bastará con anotar las conclusiones que pueden alcanzarse desde una perspectiva cristiana de la ética de la medicina sobre la distinción entre matar y dejar morir.

La prohibición de matar deliberadamente el médico a un paciente es absoluta, pues participa de la prohibición general de matar al inocente. “No matarás” es una norma moral unívoca y universal, que afecta a individuos, familias, instituciones y a la sociedad entera, presente en la Ley de Dios y la ley natural. Dios no ha dado a los hombres la potestad de disponer libremente de sus vidas: ha querido retener ese poder para Él exclusivamente. Incluso, desde una visión inmanente de la dignidad humana, al igual que nadie puede éticamente hacerse esclavo de otro, nadie puede darse a sí mismo, o ceder a otro, el dominio sobre su propia muerte.

Por contraste, “dejar morir” es expresión éticamente polisémica, que comprende conductas de diferente naturaleza moral, que implican a médicos, pacientes y allegados,

Una de las formas del “dejar morir” consiste en sólo estar presentes, en acompañar con el afecto humano y el auxilio espiritual al moribundo. Esa conducta honra a Dios, Señor de la vida y de la muerte; dignifica a los familiares y allegados; y da categoría al médico que asiste con su disponibilidad, sin hacer nada, cuando ya nada hay que hacer médicamente.

Otra de las formas del “dejar morir” es dar calidad a la muerte y dignificarla reduciendo progresivamente, y suprimiendo por último, las intervenciones ya fútiles. No sólo es conforme con la moral general y con la ética cristiana no iniciar o suspender intervenciones inoperantes: es obligado hacerlo, en especial cuando lo imponen circunstancias de sobriedad terapéutica y económica, o razones de caridad y de alivio del sufrimiento, además de respetar los razonables deseos del enfermo.

No puede negarse que en ocasiones no es fácil llegar al inequívoco convencimiento moral de que una intervención médica se ha hecho ya inútil, o, incluso, empieza a ser más perjudicial que beneficiosa. En esos casos de duda, dado que está en juego una vida humana, lo prudente será apostar a favor de la vida y mantener las atenciones de las que se sospecha un balance positivo. La vida del inocente ha de ser siempre protegida.

Pero suprimir la atención dotada de eficacia clínica -- ya sea de potencial curativo, ya de acción sólo paliativa -- es una injusticia, en especial si se trata de medios ordinarios, fácilmente accesibles. El médico que los suspendiera, o rehusara aplicarlos, actuaría cínicamente, si se justificara diciendo que se limitó a dejar que la naturaleza siguiera su curso o que simplemente “dejó morir” a su paciente. Incurriría en una grave responsabilidad de abandono.

6. Propuestas de legalización de la eutanasia y del suicidio asistido

Hasta el momento actual (2011) hay legislación que autoriza la práctica de la eutanasia en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. La ayuda médica al suicidio está permitida por la ley en Suiza, y en los Estados de Oregon, Washington y Montana. Hay proyectos legislativos en discusión en algunos Parlamentos, nacionales o de los Estados. En 1996, estuvo en vigor una ley de eutanasia en el Territorio del Norte, en Australia, pero fue derogada al poco tiempo por el Parlamento Federal.

La legalización de la eutanasia voluntaria constituye uno de objetivos, el más importante quizás, de las asociaciones pro-eutanasia. Desde 1935, en que se constituyó la primera de ellas en el Reino Unido, no han dejado de presionar para conseguir ese propósito en todos los países en

~~que están activas. Promueven sus tentativas unas veces mediante la iniciativa de diputados individuales, partidos políticos o grupos parlamentarios; otras, a través de los órganos judiciales superiores, que en sus sentencias llegan a ordenar al Legislativo que regule la práctica de la eutanasia; otras, finalmente, mediante propuestas que los mismos activistas presentan como respaldadas por el pueblo.~~

Por vías más o menos directas, los activistas de la eutanasia suelen aprovechar, o crear, las ocasiones para hacer avanzar sus propuestas. Así ha ocurrido en España. Con ocasión del suicidio de Ramón Sampederro, el Senado Español creó una Comisión Especial de estudio sobre la Eutanasia, que funcionó entre 1998 y 2000, que, como es lo habitual en ese tipo de comisiones, sirvió para escuchar la voz de los expertos y reblandecer la resistencia social contra la eutanasia. Igualmente en España, la necesidad de reformar la normativa penal brindó la ocasión de redefinir o reclasificar los delitos, introducir atenuantes o reducir las penas. Así, en el Código Penal vigente (1996), la eutanasia es castigada con una pena que el tribunal puede suspender a discreción, mientras que, paradójicamente, la ayuda consumada al suicidio recibe una pena uno o dos grados superior a la de la eutanasia.

Se ha contar lamentablemente con que no faltarán en el futuro nuevos intentos legislativos para despenalizar la eutanasia. Es por ello conveniente estar preparados para participar con oportunidad y racionalmente en los debates que surjan sobre los aspectos sociales, ético-médicos y jurídicos de esta decisiva cuestión. Una parte de esa preparación es conocer las estrategias que emplean los promotores de la eutanasia para diseminar su ideología y ganar adhesiones a su causa en todos los estratos sociales y, en especial, en ciertos grupos cualificados.

Algunas de esas tácticas son bien conocidas. La primera es la manipulación del lenguaje. Implantar un lenguaje confuso hace prácticamente imposible, como ya se dijo al principio de este escrito, un debate racional. Cambiando el nombre de las cosas o el significado de las palabras se difuminan los límites entre lo que se acepta o se rechaza, y hace más fácil cambiarle a la gente las ideas y el corazón. Eutanasia es, como hemos visto, un término polisémico, una palabra ambigua en sí misma, a la que se puede disfrazar con muchos calificativos que la hacen aparecer benigna, o metamorfosearla en expresiones todavía más suaves: muerte dulce, liberación compasiva, abandono benigno, sobredosis médicamente prescrita. Los partidarios de la eutanasia han tratado de apropiarse en exclusiva de palabras nobles que han colocado en sus títulos y eslóganes, conscientes de que la gente es sensible a los eufemismos que cambian lo áspero en suave. Se asocian para poner “compasión en la muerte”, para establecer el derecho a “morir con dignidad” o a “tomar decisiones en torno al final de la vida”, para defender la “autoliberación”, la “libertad de elegir la propia muerte”, o la para que los médicos puedan “prescribir el tratamiento final a petición explícita del paciente”.

Una segunda estrategia es la dramatización de algunos casos de pacientes terminales que claman para que alguien ponga fin a su vida. Eso se consigue con la divulgación en los medios de comunicación de súplicas conmovedoras de los pacientes, con la publicación de relatos autobiográficos del paciente o de desgarradoras narrativas de los allegados. No faltan médicos que, bajo seudónimo, dan cuenta del camino interior que les llevó por compasión empática a saltarse el muro legal o deontológico que protege la intangibilidad de la vida. Los promotores de la eutanasia saben que las hagiografías, escritas o filmadas, de los héroes del derecho a morir provocan siempre debates muy encendidos entre la gente, con el resultado final de que crece el número de los partidarios de la eutanasia.

Un tercer procedimiento de diseminar la ideología pro-eutanasia es el salto a la escena pública de personajes notorios, médicos o no, que se autoinculpan de haber cometido actos de eutanasia o ayudado al suicidio de sus pacientes o parientes. La autoacusación individual suele ir acompañada de la afirmación de que son muchos los médicos que hacen eutanasias subrepticamente, pero que no se atreven a decirlo por temor a las represalias legales o profesionales. Ocurre, a la vez, que la autoincriminación va unida a la autojustificación: el móvil de la eutanasia no es el mero impulso emotivo de la compasión, sino una acción virtuosa, honorable, sincera, precedida de

~~mucha reflexión y de responsable rebeldía, hecha a sabiendas de los riesgos que implica. A semejanza de lo ocurrido con el aborto, se ha usado la auto-inculpación colectiva como medio de promoción de la eutanasia. Miles de personas pusieron la suya en los pliegos de firmas que llevaban en su cabecera “Yo ayudé a morir a Ramón Sampedro”~~

Otra táctica es la de buscar “disidentes” entre los miembros de las profesiones tradicionalmente opuestas a la eutanasia, en especial la medicina y el clero. El propósito en este caso es enviar a la sociedad un mensaje declamatorio: que esos grupos cualificados no sólo no tienen un sentir unitario sobre la eutanasia, sino que están profundamente divididos en facciones acerca de su moralidad y su despenalización. Afirman, gratuitamente, que si la ley cambiara sería masivo el número de profesionales dispuestos a ayudar a sus pacientes con la eutanasia.

Los activistas pro-eutanasia suelen presentarse como impulsores del progreso ético, como personas que van moralmente por delante de los demás, y que traen a la sociedad una visión avanzada, ilustrada y madura. Muchos de ellos se perciben a sí mismos como miembros de una élite cultural. Mucho de lo escrito recientemente en defensa de la eutanasia transpira soberbia.

Es fácil comprender que esas estrategias causan una intoxicación lenta de la opinión pública y debilitan la resistencia de la sociedad frente al crimen motivado por la compasión. Es una empresa ardua, pero atrayente, contrarrestar esa influencia negativa.

7. El rechazo ético-médico de la eutanasia

Dado que los intentos de legalización de la eutanasia se repetirán en el futuro, conviene poner a punto argumentos que puedan contrarrestar los que emplea el activismo pro-eutanasia. Son muchos los que pueden plantearse desde la ética médica. Aquí se va a señalar, en sus líneas más generales, el que muestra que la aceptación por el médico de la práctica de la eutanasia como algo supuestamente conforme a la ética de la profesión traería consigo la degeneración de la medicina, la convertiría en otra cosa.

Para comprender los efectos éticamente devastadores que esa aceptación provocaría, es necesario dejar de lado la ética del sentimiento y analizar con realismo y seriedad qué significa para la medicina que el médico pueda deliberadamente provocar la muerte o colaborar en el suicidio de su paciente, si este se lo pide.

Una visión justa de la realidad nos revela que el médico, en cuanto agente moral, no es un ser superior: es un ser humano, con virtudes y debilidades, ideales y defectos. Puede estar a veces muy cansado, fastidiado por sus fracasos, o demasiado conmovido por el sufrimiento de sus pacientes. Por fatiga emocional o compasión irreflexiva, el médico puede sentir la tentación de anticipar la muerte de un paciente, en especial cuando éste se lo pide. Si entonces cediera, cometería un homicidio que, más allá de la posible penalización legal y deontológica, tendría éticamente un único remedio: reconocer sinceramente la gravedad del error y hacer el propósito de nunca jamás recaer en él. Se hace patente en ese arrepentimiento lo permanentemente válido de la prohibición absoluta de dar muerte a sus pacientes. Esa prohibición, presente desde Hipócrates en la ética profesional, es, en realidad, el mandato afirmativo de respetar la vida, que ha sido el motor moral y la salvación humana del médico y la medicina.

Aceptar la eutanasia por convicción, darla por buena como solución para ciertas situaciones clínicas autorizadas por la legislación, lleva de modo inexorable a destruir la vocación médica individual y colectiva. Las virtudes profesionales— la compasión ante el dolor, la justicia igual con todos, la prevención del sufrimiento, la fidelidad al paciente, el respeto a su dignidad humana, la confraternidad profesional — se volverían contra los mismos médicos. Al principio, estos verían la eutanasia como un “recurso terapéutico” excepcional, aplicable sólo en condiciones muy estrictamente reguladas por la ley y a casos en extremo desesperados. Pero, al cabo del tiempo, la reiteración de actos de los que se va teniendo noticia priva a la eutanasia de su carácter

— excepcional: crece el número de las situaciones en que se la considera indicada, y poco a poco se hace algo habitual. Se convierte así en una intervención útil y eficaz, una de tantas, de modo que no debería ser rehusada, si el paciente la solicitara. Muchos médicos terminan por considerar que la eutanasia es superior y preferible a los cuidados paliativos, pues comparativamente es más indolora, rápida, estética y económica. Como ya es bien visible en los países que han despenalizado la eutanasia, esta se convierte para ciertos pacientes en el exigible derecho a la muerte dulce; para los allegados de los enfermos terminales, en una tentación que les libera de preocupaciones y molestias; para los gestores sanitarios, en una intervención de óptimo cociente costo/eficacia; para ciertos médicos, en un recurso sencillo que ahorra tiempo y esfuerzos.

Cuando el médico es presa de la mentalidad eutanásica, su ética profesional se erosiona. Fascinado por ideales de eficiencia, se erige en apoderado de los pacientes incapaces, a los que aplica su razonamiento utilitarista. Ante el paciente incapaz de expresar su voluntad razona así: “Es horrible vivir en esas condiciones tan precarias. No querría yo vivir así, preferiría morirme, porque eso no es vida. La muerte dulce es lo mejor para él”. El médico que acepta la eutanasia y la toma en serio, se convierte, por razones de coherencia moral, en dueño de la vida de los crónicamente incapaces (deficientes profundos, comatosos permanentes, dementes seniles).

Más aún: esa mentalidad termina por considerar irracional el deseo, tácito o expreso, de ciertos pacientes de seguir viviendo, cuando tienen por delante una perspectiva de vida detestable por su falta de calidad. El médico “eutanásista” razona así: las vidas de ciertos pacientes capaces de decidir son tan degradadas en lo biológico o en lo moral, que es injusto dejarlas continuar. Causan un consumo irracional de recursos, económicos y humanos: ese dinero y ese esfuerzo laboral pueden emplearse en mil destinos más productivos. El paciente queda así expropiado de su libertad fundamental a seguir viviendo.

Lo que antecede no es una fabulación ni un experimento mental. Las situaciones descritas están sucediendo en Bélgica y Holanda, ya desde antes de la tolerancia legal de la eutanasia (y en otros países, en forma de eutanasia oculta o en casos de sedación terminal eutanásica). Los límites marcados por la ley son pronto borrados por la práctica de los médicos y la blandura de los jueces. Cuando toma posesión de las conciencias, de las personas o de las sociedades, como algo moralmente aceptable, incluso “bueno”, la eutanasia se vuelve difusiva, legalmente incontrolable. Los posibles abusos quedan enmascarados bajo la coartada de la compasión, una compasión en realidad desvirtuada, pero socialmente gratificante, capaz de justificar conductas incompatibles con el juicio objetivo y profesional de la medicina. Para muchos pacientes, la eutanasia sustituye a la medicina.

Además, la eutanasia daña profundamente la investigación biomédica, en concreto a la que se dirige a tratar la enfermedad avanzada y terminal. Pero también a la que busca la solución de las enfermedades tenidas hoy por incurables, sobre todo si los investigadores no descubren perspectivas halagüeñas de rápidos avances. La muerte dulce puede robar incentivos a la investigación de los mecanismos del envejecimiento cerebral, de la rehabilitación de la demencia, de la enfermedad cancerosa avanzada, de la corrección de las malformaciones múltiples, de muchas y graves enfermedades genéticas.

Llevar mucha razón los que sostienen que la eutanasia empobrecerá el trabajo y la ciencia de los médicos.